

Aus der
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinik der Universität München
Direktor: Prof. Dr. Peter Falkai



**Psychosoziale Belastungsfaktoren im
Erkrankungsverlauf bei Jugendlichen mit
psychischen Störungen**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Gabriele Valerie Eder

aus Eggenfelden

Jahr
2024

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. Rebecca Schennach

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Gerd Schulte-Körne

PD Dr. Thomas Zetzsche

PD Dr. Florian Seemüller

Mitbetreuung durch die
promovierten Mitarbeiter: Prof. Dr. Ulrich Voderholzer

Dr. Silke Naab

Dr. Adrian Meule

Dekan: Prof. Dr. med. Thomas Gudermann

Tag der mündlichen Prüfung: 18.07.2024

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Zusammenfassung	6
Abstract	7
1 Einleitung	8
1.1 Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter	8
1.1.1 Epidemiologie und Krankheitsverlauf bei frühem Beginn	8
1.1.2 Individuelle Beeinträchtigungen und Public-Health-Relevanz	10
1.1.3 Depression, Anorexia nervosa und Zwangsstörung.....	11
1.2 Entwicklungspsychopathologie.....	16
1.2.1 Biopsychosoziales Modell	16
1.2.2 Individuum-Umwelt-System	16
1.3 Risiko- und Schutzfaktoren.....	17
1.3.1 Einflüsse und Wechselwirkungen	17
1.3.2 Salutogenetisches Modell und Kohärenzsinn	18
1.3.3 Psychosoziale, soziokulturelle und situative Risikofaktoren	19
1.3.4 Schutzfaktoren und Resilienz	21
1.4 Ziele	23
2 Material und Methodik	24
2.1 Forschungsdesign und Auswahl der Stichprobe	24
2.2 Messinstrumente: Fragebögen	24
2.2.1 Person, Wohnsituation und Tagesstruktur	26
2.2.2 Elterliche Konflikte.....	26
2.2.3 Familienanamnese	27
2.2.4 Onlinesuchtverhalten und Mediennutzung.....	27
2.2.5 Mobbing und Cybermobbing.....	29
2.2.6 Schulangst	30
2.2.7 Resilienz.....	31
2.2.8 Erziehungsverhalten.....	31

2.2.9	Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum	32
2.2.10	Traumatische Erfahrungen in der Kindheit und Jugend	33
2.2.11	Stärken und Schwächen.....	34
2.3	Datenanalyse	35
3	Ergebnisse	36
3.1	Stichprobenbeschreibung.....	36
3.1.1	Geschlecht, Alter und Behandlungsdiagnosen	36
3.1.2	Derzeitige Tätigkeit und Schulart.....	36
3.1.3	Nationalität/Muttersprache, Wohnsituation und Tagesstruktur	37
3.2	Messinstrumente: Auswertung der Fragebögen	39
3.2.1	Elterliche Konflikte.....	39
3.2.2	Familienanamnese	40
3.2.3	Onlinesuchtverhalten und Mediennutzung.....	42
3.2.4	Mobbing und Cybermobbing.....	46
3.2.5	Schulangst	47
3.2.6	Resilienz.....	48
3.2.7	Erziehungsverhalten.....	48
3.2.8	Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum	50
3.2.9	Traumatische Erfahrungen in der Kindheit und Jugend	52
3.2.10	Stärken und Schwächen.....	53
4	Diskussion.....	54
4.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	54
4.2	Diskussion der Methodik	56
4.2.1	Erstellung der Online-Version des Fragebogensets.....	56
4.2.2	Auswahl der Themenbereiche des Fragebogensets.....	56
4.2.3	Patientenrekrutierung und Erhebungszeitraum.....	57
4.3	Interpretation und Diskussion der Ergebnisse	58
4.3.1	Stichprobe	58
4.3.2	Elterliche Konflikte.....	61

4.3.3 Familienanamnese	62
4.3.4 Onlinesuchtverhalten und Mediennutzung	63
4.3.5 Mobbing und Cybermobbing	65
4.3.6 Schulangst	66
4.3.7 Resilienz.....	68
4.3.8 Erziehungsverhalten.....	69
4.3.9 Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum	70
4.3.10 Traumatische Erfahrungen in der Kindheit und Jugend	72
4.3.11 Stärken und Schwächen.....	74
4.4 Ausblick.....	75
Lebenslauf.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Abbildungsverzeichnis.....	76
Tabellenverzeichnis.....	77
Abkürzungsverzeichnis.....	79
Anhang A: Aufnahmefragebogen für Patienten	80
Anhang B: Informationsschreiben für Patienten	101
Danksagung	102
Affidavit	103
Literaturverzeichnis.....	104

Zusammenfassung

Theoretischer Hintergrund und Ziele: Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen sind derzeit von größter gesundheitspolitischer Relevanz. Hinsichtlich der Ätiologie und Entwicklung der meisten psychischen Erkrankungen wird von einem multifaktoriellen Entstehungsmodell mit biopsychosozialem Wechselspiel von Risiko- und Schutzfaktoren ausgegangen. Die Erforschung dieser Einflussfaktoren, insbesondere bei psychisch erkrankten Jugendlichen, ist für Präventionsmaßnahmen und den Erkenntnisgewinn über mögliche Auswirkungen auf das Therapieergebnis wesentlich. Ziele dieser Studie waren Vergleiche der Ausprägungen identifizierter Risiko- und Schutzfaktoren zwischen einer Patientenstichprobe stationärer Jugendlicher und der Allgemeinbevölkerung. Zudem wurden die Ausprägungen der Faktoren zwischen den häufigsten Behandlungsdiagnosen der Patientenstichprobe verglichen sowie mögliche Zusammenhänge zwischen diesen Faktoren und einer psychischen Erkrankung analysiert.

Material und Methodik: Im Rahmen der Routinediagnostik der Schön Klinik Roseneck wurden bei jugendlichen Patienten* ($N = 451$) nach stationärer Aufnahme anhand eines Online-Fragebogensets folgende Faktoren erfasst: Geschlecht, Alter und Behandlungsdiagnosen, derzeitige Tätigkeit und Schulart, Nationalität/Muttersprache, Wohnsituation und Tagesstruktur, Elterliche Konflikte, Familienanamnese, Onlinesuchtverhalten und Mediennutzung, Mobbing und Cybermobbing, Schulangst, Resilienz, Erziehungsverhalten, Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum, traumatische Erfahrungen, Stärken und Schwächen.

Ergebnisse und Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse bestätigten, dass der Großteil der erhobenen Risikofaktoren der Patientenstichprobe stärker ausgeprägt war als in der Allgemeinbevölkerung. Resilienz als Schutzfaktor wies hingegen deutlich geringere Werte auf. Große Unterschiede zeigten sich in den Themenbereichen Onlinesuchtverhalten (Nutzungsdauer) und Mediennutzung zur Gefühlsregulation, Mobbing, Schulangst, traumatische Erfahrungen (emotionaler Missbrauch) und Stärken und Schwächen (emotionale Probleme, Probleme mit Gleichaltrigen). Vor allem diese Risikofaktoren und die gering ausgeprägte Resilienz müssen in der Prävention und Therapie berücksichtigt werden. Im Vergleich zwischen den drei Hauptdiagnosegruppen Depression F32/F33, Anorexia nervosa F50.0/1 und Zwangsstörung F42 stellte sich heraus, dass depressive Patienten fast durchgehend eine größere Belastung zeigten. Daher können diese als Hochrisikogruppe hinsichtlich der untersuchten Risiko- und Schutzfaktoren angesehen werden.

* In dieser Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet.

Abstract

Theoretical background and goals: Mental illnesses among children and adolescents currently face the greatest relevance in health-related policy fields. Regarding the etiology and development of most mental illnesses, a multifactorial development model with bio-psychosocial interrelation of risk and protection factors could be the origin. The research of these influence factors, in particular on mentally ill adolescents, plays a significant role for prevention measures and the gained insights on possible impacts on the therapeutic outcome. The goals of this study were comparing the impacts of identified risk and protection factors on a patient sample of hospitalized adolescents with the impacts of the same factors on the general population. In addition, the characteristics of the factors were compared between the most frequent treatment diagnoses of the patient sample, and potential connections between these factors and a mental illness were analyzed.

Material and methods: Within the scope of routine diagnostics of the clinic “Schön Klinik Roseneck“, the following factors were recorded in an online questionnaire filled out by adolescent patients ($N = 451$) after hospitalization: gender, age and treatment diagnoses, current work and school situation, nationality/native language, current housing situation and daily structure, parental conflicts, family history, online addictions and media use, bullying and cyber bullying, school phobia, resilience, parenting, consuming of tobacco, alcohol and drugs, traumatic experiences, strengths and difficulties.

Results and conclusions: The results confirm that the greater part of the obtained risk factors of the patient sample was much more pronounced compared to the general population. However, resilience as a factor of protection showed much lower scores. The following subjects showed great differences: behavior of online addictions (duration of use) and media use for emotional regulation, bullying, school phobia, traumatic experiences (emotional abuse), as well as strengths and difficulties (emotional issues, issues with people of the same age). Especially these risk factors and the low resilience must be taken into account when it comes to prevention and therapy. A comparison between the three main groups of diagnosis, depression F32/F33, anorexia nervosa F50.0/1 and obsessive-compulsive disorder F42, discovered that the exposure on almost all depressive patients was higher. Therefore, depressive patients can be considered as a high-risk group regarding the examined risk and protection factors.

1 Einleitung

„Wir können den Wind nicht ändern, aber die Segel anders setzen.“

Aristoteles [1]

Kurz und prägnant wird in diesem Zitat die Bedeutsamkeit ausgedrückt, auf mögliche widrige Lebensumstände mit dynamischer Anpassungskompetenz positiv zu reagieren. Dies beschreibt den Begriff der Resilienz nach Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse zum einen als Schutzfaktor zur Bewältigung von kritischen Lebensereignissen [2]. Zum anderen als die Fähigkeit, solche Krisen unter Anwendung sozial vermittelter und persönlicher Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen [2]. Der Umgang mit Belastungssituationen kann jedoch laut Resch auch längerfristige Schwierigkeiten bereiten, wie beispielsweise das Resultieren psychischer Erkrankungen mit klinischer Symptomatik als Endstrecke eines komplex verursachten Entwicklungsweges [3]. Vorliegende Einleitung zur Studie „Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren bei stationären Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen“ befasst sich mit der Epidemiologie, dem Krankheitsverlauf, individuellen Beeinträchtigungen und der allgemeinen Public-Health-Relevanz von psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Da Depression F32/F33, Anorexia nervosa F50.0/1 und Zwangsstörung F42 den Schwerpunkt der untersuchten Diagnosen vorliegender Studie bilden, folgt jeweils eine kurze Erläuterung zu deren Epidemiologie, Verlauf und Ätiologie. Anschließend werden zum grundlegenden Verständnis der Entstehung, Entwicklung und dem Verlauf psychischer Erkrankungen die Entwicklungspsychopathologie und Risiko- und Schutzfaktoren genauer dargestellt.

1.1 Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter

1.1.1 Epidemiologie und Krankheitsverlauf bei frühem Beginn

Epidemiologie

Epidemiologischen Zahlen zufolge nennen Bürger und Kaess psychische Erkrankungen als größte gesundheitspolitische Herausforderung des 21. Jahrhunderts [4]. Liegt laut Bundespsychotherapeutenkammer der Beginn der Erkrankung im Kindes- oder Jugendalter, besteht auch im Erwachsenenalter ein größeres Risiko, psychisch stärker gefährdet zu sein als andere [5]. In Deutschland entstehen über die Hälfte aller psychischen Erkrankungen bereits vor dem 19. Lebensjahr und fast 20 % der unter 18-Jährigen erkranken innerhalb eines Jahres [5]. Wie Steinhausen schreibt, dominiert das männliche Geschlecht im Kindesalter, das weibliche Geschlecht hingegen im

Jugendalter. Auch sind die sozialen Unterschichten tendenziell stärker betroffen als die Mittelschichten [6]. Das geringste Risiko haben Kinder aus Familien mit hohem Bildungshintergrund [7]. Eine Metaanalyse von Polanczyk et al. zeigt, dass weltweit 13,4 % der Kinder und Jugendlichen von einer psychischen Störung betroffen sind [8]. In Deutschland beträgt die Gesamtprävalenz für Emotions- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen 17,6 % [9].

Krankheitsverlauf bei frühem Beginn

Bedenkenswert hierbei ist, dass nur ein geringer Teil der Betroffenen professionelle Hilfe in Anspruch nimmt [10]. Wie Thornicroft schreibt, sind nach einem Review von 37 WHO-Studien je nach Stichprobenauswahl und Erkrankungsart 32-78 % aller erwachsenen Personen weltweit mit manifester psychischer Erkrankung nicht behandelt [11]. Klasen et al. führen an, dass für die lückenhafte Versorgung in Deutschland neben persönlichen Gründen eine unzureichende Investition in Maßnahmen und Behandlungsstrukturen zur Früherkennung und -behandlung ursächlich ist [12]. Wenigstens einmal Kontakt zu Fachversorgern wie zum Beispiel Psychotherapeuten und Psychiatern hatten nur 21,6 % der Kinder und Jugendlichen mit Anzeichen für psychische Auffälligkeiten [12]. Auch ein Scheitern bei der ersten Kontaktaufnahme mit einem Therapeuten und eine Verzögerung der Behandlung werden laut Wang et al. unter anderem mit jungem Erkrankungsalter in Verbindung gebracht [13]. Bock et al. sind der Meinung, dass eine Psychotherapie frühzeitig begonnen werden sollte, um am effektivsten zu wirken [14]. In einer Übersichtsarbeit hinsichtlich Erkrankungsalter und Verfügbarkeit sowie Nutzung von Diensten zur Prävention und Frühintervention vertreten de Girolamo et al. ebenso die Ansicht, dass dies zweifellos zur Verringerung der Krankheitslast von Kindern und Jugendlichen beiträgt [15]. Weiter führen die Autoren aus, dass sich in der Realität die meisten Betroffenen jedoch erst sehr viel später in Behandlung begeben. Dies bedeutet eine schlechtere Langzeitprognose für den Krankheitsverlauf [15]. Frühe psychische Störungen bleiben mit 66-78 % bis ins Erwachsenenalter bestehen [16]. Daten der BELLA-Studie untermauern hohe Persistenzraten psychischer Auffälligkeiten. Hier waren 40,7 % der auffälligen Kinder im Alter von 3 bis 17 Jahren auch nach 6 Jahren noch auffällig [12].

Bürger und Kaess betonen, dass trotz Weiterentwicklung pharmako- und psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten Morbidität und Mortalität psychischer Störungen nahezu unverändert hoch sind, die Krankheitsverläufe schwer und die Aussicht auf Heilung bei psychischen Störungen immer noch unbefriedigend ist [4]. Bereits in der Kindheit und frühen Adoleszenz ist ein dringender Handlungsbedarf zur Prävention gegeben und eine Überprüfung der Versorgungsstrukturen notwendig [4]. Lambert et al. betonen, dass effektive Früherkennungs- und Frühinterventions-

programme für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sinnvoll sind, um die Entstehung und Chronifizierung psychischer Erkrankungen mit ihren psychosozialen Konsequenzen idealerweise zu verhindern oder zumindest abzuschwächen [16].

1.1.2 Individuelle Beeinträchtigungen und Public-Health-Relevanz

Individuelle Beeinträchtigungen

Zahlreiche Lebensbereiche können durch psychische Auffälligkeiten und Störungen im Kindes- und Jugendalter nachhaltig belastet sein, wie soziale Beziehungen, Bildungs- und Berufserfolg, aber auch die Lebensqualität und somatische Gesundheit [17]. Ein schlechter Gesundheitszustand im Jugendalter kann die späteren Lebenschancen hinsichtlich wirtschaftlicher Produktivität beeinträchtigen [18]. Der oftmals hohe individuelle Leidensdruck, aber auch die entstehenden gesellschaftlichen und ökonomischen Kosten begründen die erhebliche Public-Health-Relevanz psychischer Erkrankungen [17].

Public-Health-Relevanz

Die Gesamtkosten aus 30 europäischen Ländern wurden in der Global Burden of Disease Study allein für das Jahr 2010 auf 461 Mrd. Euro geschätzt [19]. Laut der Studie „Kinder- und Jugendreport – Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg“ von Greiner et al. kostet eine ambulante Behandlung von Kindern und Jugendlichen in einer psychotherapeutischen Praxis circa 3.000 Euro, wohingegen die Kosten mit durchschnittlich über 12.000 Euro für eine stationäre Behandlung erheblich höher liegen [7]. Die Verweildauer infolge psychischer Erkrankungen ist bei mehr als der Hälfte der unter 18-Jährigen länger als einen Monat [7]. In Deutschland nehmen bei 15- bis 18-Jährigen psychosomatische Erkrankungen, aber auch Suchterkrankungen (Alkohol, Computerspiele und illegale Drogen) stark zu, so die Autoren Steffen et al. [20]. Da in vorliegender Studie die Diagnosen Depression F32/F33, Anorexia nervosa F50.0/1 und Zwangsstörung F42 die größten Gruppen unter den stationären Patienten darstellten, werden im Folgenden speziell diese drei Diagnosen thematisiert.

1.1.3 Depression, Anorexia nervosa und Zwangsstörung

1.1.3.1 *Depression F32/F33: Epidemiologie, Verlauf und Ätiologie*

Epidemiologie

Zur Epidemiologie hinsichtlich Depression erläutern die Autoren Kölch und Fegert, dass sich im Jugendalter eine Prävalenzrate von 5,70 % zeigt, wohingegen diese in der späten Adoleszenz bis zu 20 % ansteigt (Life-Time-Prävalenz) [21]. Zudem waren in Deutschland im Jahr 2015 fast zehnmal mehr Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren und siebenmal mehr Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 15 und 30 Jahren aufgrund Depression in stationärer Behandlung als im Jahr 2000. Im Kindesalter ist das Geschlechterverhältnis bei diagnostizierten Störungen ausgeglichen, mit der Pubertät gibt es circa doppelt so viele Diagnoseraten bei Mädchen als bei Jungen [21]. Während diese Relation in den letzten Jahren weitestgehend konstant geblieben ist, können Gründe für die erhöhte Anzahl an Diagnosen depressiver Störungen vor allem die verbesserte Diagnostik und größere Sensibilität bezüglich dieser Symptomatik sein [22].

Verlauf

In folgendem Abschnitt werden Verlauf und Outcome depressiver Störungen von Kölch und Fegert beschrieben [21]. Fast die Hälfte der Depressionen bei Minderjährigen gehen innerhalb eines Jahres zurück, jedoch kommt es bei 20-60 % der Betroffenen nach 1 Jahr und bei 70 % nach 5 Jahren zu einer erneuten Phase der Symptomatik. Die mittlere Dauer depressiver Episoden beträgt bei Jugendlichen 8 Monate. Dauert sie länger als 6 Monate, besteht eine höhere Gefahr der Chronifizierung. Liegt eine Kombination von Störungen des Sozialverhaltens oder einer Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) und Depression vor, erhöht sich das Risiko für Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen und langfristige soziale Probleme für Kinder und Jugendliche (Armut, niedriger Schulabschluss) [21].

Wie Lambert et al. in ihrer Übersichtsarbeit zur psychischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zusammenfassend schreiben, befassten sich verschiedene Studien mit den Zusammenhängen zwischen jungem Ersterkrankungsalter von unipolarer Depression und dem Verlauf der Erkrankung [16]. So führen die Autoren an, dass ein frühes Manifestationsalter mit höherer Chronizität der Depression, häufigeren depressiven Episoden, einer längeren Episodendauer, wiederholter Suizidalität und häufigeren Hospitalisierungen einhergeht [16]. Eine große Studie der „WMH Survey Initiative“ hinsichtlich „Major Depression“ kam zu dem besorgniserregenden Ergebnis, dass die Behandlungsverzögerung bei an Depression erkrankten Jugendlichen mehr als fünfmal so lang wie bei erkrankten Erwachsenen war

(im Durchschnitt 12,9 Jahre versus 2,40 Jahre) [23]. Dieses Resultat betont auch für unipolare Depressionen die Notwendigkeit von Früherkennungs- und Frühbehandlungsinitiativen [24].

Ätiologie

Nach Ansicht der Autoren Legenbauer und Kölch haben bisher zur Klärung der Ätiopathogenese depressiver Störungen vielfältige Forschungsansätze keine umfassende, letztendlich erklärende Ursache gefunden [25]. Offenbar handelt es sich um ein hochkomplexes Geschehen, in welchem viele Faktoren auf genetischer und neurobiologischer Ebene zur Entstehung beitragen [25]. Es gibt im Kindes- und Jugendalter auch starke Hinweise auf bedeutende Umweltfaktoren und psychosoziale Aspekte. Barton et al. kommen zu dem Schluss, dass die Kombination aus verschiedenen Risikofaktoren im Sinne eines multifaktoriellen Entstehungsmodells zum Auftreten depressiver Störungen beiträgt. Hierzu zählen unter anderem die genetische Vorbelastung, Persönlichkeit, individuelle Lerngeschichte, kognitiver Stil, Vernachlässigung oder frühkindlicher Missbrauch [22].

1.1.3.2 Anorexia nervosa F50.0/1: Epidemiologie, Verlauf und Ätiologie

Epidemiologie

Nach Anstiegen in den 1950er- und 1960er-Jahren scheinen die Prävalenzraten für die Anorexia nervosa in den letzten Jahrzehnten auf einem konstanten Niveau zu bleiben, so die Autoren Legenbauer und Bühren [26]. Die 12-Monats-Prävalenz in der Altersgruppe 15-35 Jahre betrug circa 0,40 %. Im internationalen Kontext zeigt sich durch die breitere Fassung der Diagnosekriterien der fünften Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) ein leichter Anstieg [26]. Jugendliche Mädchen bzw. junge Frauen sind als Hochrisikogruppe bis zu zehnmal häufiger betroffen als Männer [27]. Hinsichtlich des Störungsbeginns ist die Studienlage uneindeutig [26]. Insgesamt handelt es sich bei der Anorexia nervosa überwiegend um eine Pubertätserkrankung mit nachgewiesenem Absinken des Ersterkrankungsalters [28]. Neuerkrankungen in der Adoleszenz sind wesentlich seltener [26].

Verlauf

Die Anorexia nervosa gilt als eine der schwerwiegendsten psychischen Erkrankungen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter [28]. Ergebnisse der KIGGS Welle 2-Studie zeigen, dass eine manifeste Erkrankung für die Betroffenen substanzielle und soziale Langzeitfolgen mit sich zieht. Körperliche und psychische Komorbiditäten (z.B. Angst- und Substanzstörungen, affektive Störungen, Traumafolgestörungen) können vermehrt damit verbunden sein [27].

Wie Legenbauer und Bühren im Nachfolgenden darstellen, wird der Verlauf der Erkrankung von einer Vielzahl an erkrankungsassoziierten und psychosozialen Faktoren moduliert [26]. Prognostisch relevante und aufrechterhaltende Faktoren aus Beobachtungs- und Interventionsstudien sind unter anderem: niedrigerer Aufnahme-Body-Mass-Index, unzureichende Gewichtszunahme, lange Erkrankungsdauer, komorbide Depression, hohe körperliche Unzufriedenheit, pathologische familiäre Interaktion und exzessiv-zwanghaftes Sporttreiben. Die Erkrankung dauert oft mehrere Jahre und der Verlauf ist sehr variabel. Liegt der Krankheitsbeginn vor dem 17. Lebensjahr, scheint die Prognose meist günstiger zu sein. Als ungünstig wiederum gilt ein Beginn der Erkrankung vor Pubertätseintritt [26]. Essstörungen bringen ein hohes Risiko der Chronifizierung mit sich: nach zehn Jahren zeigen etwa 50 % der Jugendlichen mit diagnostizierter Essstörung noch Symptome [27]. Fumi et al. machen darauf aufmerksam, dass angesichts der Folgen von Mangelernährung und Suizid die Anorexia nervosa eine hohe Mortalitätsrate mit circa 6 % hat. Auch aufgrund des gesunkenen Ersterkrankungsalters ist die Früherkennung somit von enormer Bedeutung [28].

Ätiologie

Hinsichtlich der Ätiologie der Anorexia nervosa führen Legenbauer und Bühren weiter aus, dass die Genese multifaktoriell bedingt zu sein scheint [26]. Im folgenden Abschnitt werden von den Autoren die zusammenwirkenden biologischen, individuellen, familiären und soziokulturellen Faktoren beschrieben. Zu den individuellen Faktoren zählen unter anderem ein vermindertes Selbstwertgefühl, ein negatives Selbstkonzept, Affektlabilität, hoher Perfektionismus und ein ängstlich-vermeidender oder zwanghafter Persönlichkeitsstil. Soziokulturell übt das westlich orientierte schlanke Schönheitsideal einen Einfluss auf die Entwicklung von Essstörungen aus. Familiäre Faktoren betreffen eine hohe Leistungsorientierung, Konfliktvermeidung innerhalb der Familie und Überbehütung. Als weitere Auslöser sind kritische Lebensereignisse (Trennungs- oder Verlusterleben), erhöhte Anforderungen und Leistungsängste bekannt. Aufrechterhaltend wirken vor allem der restriktive Ernährungsstil, Schwierigkeiten in der Emotionsregulation und dysfunktionale Bewältigungsstrategien in Problem- und Konfliktsituationen [26].

1.1.3.3 Zwangsstörung F42: Epidemiologie, Verlauf und Ätiologie

Epidemiologie

Aus Sicht der Autoren Voderholzer und Hohagen gehören Zwangsstörungen ohne Zweifel zu den eher häufig vorkommenden psychischen Erkrankungen. Jedoch treten sie aufgrund Verheimlichung und Scham seltener innerhalb des Versorgungssystems auf, als es ihrer Behandlungsbedürftigkeit entsprechen würde [29, 30]. Nestler und Weninger schätzen die Prävalenz zwangserkrankter Kinder und Jugendlicher auf 1-3 % [31]. Zwei Erkrankungsgipfel scheint es im vorpubertären Alter und im jungen Erwachsenenalter zu geben. Im Kindesalter erkranken Jungen häufiger als Mädchen, wohingegen sich dieser Unterschied mit steigendem Alter verringert, so die Autoren weiter. Da viele Kinder und Jugendliche nur vorübergehende, entwicklungsbedingte und meist gering ausgeprägte Zwangsgedanken und -handlungen zeigen, müssen diese Fälle von einer behandlungsbedürftigen, oft chronifizierenden Symptomatik abgegrenzt werden [31].

Verlauf

Da die Symptomatik sehr häufig über Jahre gleichbleibend ist, sind die psychosozialen Folgen und die Beeinträchtigung der Lebensqualität oft erheblich [29]. Müller et al. nennen hierzu vor allem die altersangemessene Autonomieentwicklung, Partnerschaft und soziale Integration als stärkste Problembereiche [32]. Die Autoren betonen, dass ohne Therapie Zwangsstörungen häufig chronifizieren. Die Betrachtung des Langzeitverlaufs von Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter zeigt, dass die Erkrankung beim Vollbild von Zwängen in 41 % der Fälle, bei Berücksichtigung subklinischer Zwänge in 60 % der Fälle persistent ist. Weiter führen die Autoren aus, dass Zwangsstörungen, die im Kindes- und Jugendalter auftreten, die Bewältigung zahlreicher Aufgaben der jugendlichen Entwicklungsperiode behindern können. Neben der Symptombelastung an sich resultieren zusätzlich schulische, soziale und massive familiäre Probleme. Häufig werden vor allem bei Kindern und Jugendlichen Familienmitglieder in das Zwangssystem involviert. Dies hat oft einen hohen funktionalen Charakter, etwa durch ausgeprägtes Rückversicherungsverhalten des Kindes, die Vermeidung einer Trennung der Eltern oder einer altersentsprechenden Loslösung vom Elternhaus [32].

Ätiologie

Nestler und Weninger sind der Ansicht, dass es hinsichtlich der Ätiopathogenese des Störungsbildes bisher kein einheitliches Modell gibt [31]. Es werden sowohl genetische Faktoren mit bedeutendem Einfluss, als auch neurobiologische Veränderungen sowie metakognitive Modelle angenommen. Die Entstehung ist dabei polygenetisch mit

mehreren risikoerhöhenden Genen im serotonergen, glutamatergen und dopaminergen System [31]. Zwillingsstudien belegen eine hohe Erblichkeit für Zwangssymptome bei Kindern (45-65 %) im Vergleich zu Erwachsenen (27-47 %) [32]. Tritt die Zwangsstörung in jungen Jahren auf, ist sie überwiegend familiär bedingt [33]. Nestler und Weninger schreiben, dass je früher hierbei der Erkrankungsbeginn ist, desto häufiger sind Verwandte ersten Grades mit einem Erkrankungsrisiko von 24-26 % betroffen [31]. So gehen die Autoren davon aus, dass mit steigendem Alter demnach ein größerer Einfluss von verursachenden Umweltfaktoren wie perinatale Komplikationen, Traumen, psychosoziale Stressoren und entzündliche Prozesse angenommen wird. Menschen mit Zwangsstörung sind wahrscheinlich vulnerabler gegenüber Umweltfaktoren, welche durch epigenetische Mechanismen die Expression von Genen verändern [31]. Diese Annahme und neuropsychologische Befunde deuten auf das Vorliegen von Dysfunktionen der Informationsverarbeitung hin [32]. Vermutlich überwiegen die exzitatorischen (direkten) gegenüber den inhibitorischen (indirekten) Schleifen des kortikostriatohalamischen Regelkreises, woraus eine Zwangssymptomatik resultiert [31]. Befunde mit tiefer Hirnstimulation stützen diese Annahme [34].

Müller et al. zählen zu den metakognitiven Modellen das „Cognitive Appraisal Model“ [32]. „[Es] postuliert als kausalen und aufrechterhaltenden kognitiven Faktor von Zwangsstörungen die Bedeutung und Interpretation, die einem Gedanken auf der Basis zugrunde liegender Überzeugungen gegeben wird“ [32]. Eine internationale Expertengruppe, die „Obsessive Compulsive Cognitions Working Group“ (OCCWG), hat sechs dieser zwangsbezogenen Überzeugungen identifiziert [35]. Mit einem von dieser Gruppe entwickelten Fragebogen, dem „Obsessive Beliefs Questionnaire“, werden folgende Grundüberzeugungen erfasst: Überschätzung der eigenen Verantwortung, Bedeutung und Bedrohung der Gedanken, exzessiver Perfektionismus, übermäßige Gedankenkontrolle und mangelnde Ungewissheitstoleranz [32].

1.2 Entwicklungspsychopathologie

Zum grundlegenden Verständnis der Entstehung, Entwicklung und dem Verlauf psychischer Erkrankungen spielt der Forschungsbereich der Entwicklungspsychopathologie eine tragende Rolle [2]. Anhand Modellvorstellungen wird es möglich, neben der Beschreibung und Klassifikation von psychischen Störungen Wege von Entwicklungsabweichungen vom frühen Kindes- bis zum Erwachsenenalter nachzuzeichnen.

1.2.1 Biopsychosoziales Modell

Petermann und Resch erläutern, dass sich das Augenmerk der Entwicklungspsychopathologie besonders darauf richtet, weshalb es zu einer Abweichung der Entwicklung kommt [36]. Zudem befasst sich dieser Forschungszweig mit der Erklärung verschiedener Entwicklungsverläufe, obwohl die Ausgangsbedingungen ähnlich waren. Berücksichtigt wird hierbei die ganze Lebensspanne mit ihren biologischen, psychischen und sozialen Einflüssen [36]. Dies zielt auf den von Engel 1977 geprägten Begriff des biopsychosozialen Modells ab [37]. Für ein umfassendes Krankheitsverständnis sollten biologische, psychologische und soziale Faktoren in ihren komplexen Wechselwirkungen berücksichtigt werden. Insbesondere chronischen Erkrankungen wird eine rein biomedizinisch ausgerichtete Sichtweise nicht mehr gerecht [37].

1.2.2 Individuum-Umwelt-System

Im folgenden Abschnitt formuliert Resch zum besseren Verständnis der Ausgestaltung psychischer Störungen ein dynamisches Entwicklungsmodell [3]. Besteht im Prozess der Anpassung ein Missverhältnis zwischen derzeitigen Bewältigungsressourcen und Anforderungen der Umwelt, kann eine psychische Störung resultieren. Kinder besitzen in verschiedenen Phasen des Lebens individuelle Fähigkeiten, auf psychische Krisen oder Traumen zu reagieren. Beeinflusst wird diese Antwort durch somatische, emotionale, kognitive und soziale Bedingungen. Im dynamischen Modell ist der Blick dabei stets auf ein Individuum-Umwelt-System im Laufe der Zeit gerichtet. Weiter betont der Autor, dass Therapie nicht zu einem theoretischen Startpunkt in Form von Heilung zurückführt. Lediglich die Richtung der Entwicklung sollte so verändert werden, dass der Entwicklungsprozess eines Individuums wieder günstiger ablaufen kann [3].

1.3 Risiko- und Schutzfaktoren

1.3.1 Einflüsse und Wechselwirkungen

Masten unterstreicht mit seiner Ansicht, dass die Entwicklungspsychopathologie sich somit den Einflussfaktoren widmet, welche sowohl negativ als auch positiv auf die Entwicklung einwirken [38]. Es ist also zum einen wichtig zu begutachten, welchen Risikofaktoren ein Kind ausgeliefert war und wie vulnerabel es ist. Zum anderen ist die Betrachtung positiver Einflüsse im Sinne von Schutzfaktoren genauso bedeutsam [38]. Patel et al. schreiben Schutzfaktoren wie zum Beispiel Resilienz eine große Funktion zur Abmilderung der Folgen von Risikofaktoren für problematisches Verhalten zu [39]. Das Aufspüren solcher Einflussgrößen ist essentiell und zentrale Aufgabe zur Verhinderung bzw. Verminderung von psychischen Störungen, so die Autoren Bürger und Kaess [4]. Können identifizierte Risiken entschärft und protektive Faktoren gestärkt werden, fördert dies die Widerstandsfähigkeit und die Erhaltung der Gesundheit. Von großer Bedeutung ist zudem die Untersuchung der Wirkungsweise der Risiko- und Schutzfaktoren. Diese müssen bei der Entwicklung von präventiven Maßnahmen Beachtung finden [4]. Naab et al. gehen derzeit hinsichtlich der Ätiologie und Entwicklung der meisten psychischen Erkrankungen von einem multifaktoriellen Entstehungsmodell aus [40]. Es handelt sich um eine biopsychosoziale Wechselwirkung von Risiko- und Schutzfaktoren, die eine Person sowohl innerlich als auch äußerlich beeinflussen können [41].

Lambert et al. beschreiben nachfolgend, dass die Entstehung einer psychischen Erkrankung nicht von der objektiven Belastung durch einen einzelnen Risikofaktor abhängt, sondern vom Zusammenwirken aus subjektiver Intensität, Dauer und Menge der Belastungs- und Schutzfaktoren [16]. Circa 40-60 % aller Kinder und Jugendlichen geben mindestens einen Belastungsfaktor an, wovon wiederum 60-70 % durchschnittlich von drei Risikofaktoren berichten. Bestehende Belastungsfaktoren können die Manifestation weiterer Risikofaktoren bedingen, wirken dann synergistisch im Sinne von „Risiko-Akkumulation“ und erhöhen die Anfälligkeit für gesundheitliche Beeinträchtigungen. Als Konsequenzen können neben psychischen Erkrankungen und deren Chronizität auch signifikant vermehrt somatische Erkrankungen (u.a. Diabetes mellitus Typ II, Herz-Kreislaufkrankungen oder Asthma) und Suizidalität auftreten [16]. Eine große epidemiologische Studie von Kessler et al. kam zu dem Schluss, dass das Risiko für psychische Erkrankungen besonders groß war, wenn mehrere solcher Belastungsfaktoren zwischen 4 und 12 Jahren vorgekommen waren [42].

1.3.2 Salutogenetisches Modell und Kohärenzsinn

Im salutogenetischen Modell von Antonovsky wird Gesundheit als ein dynamisches Gleichgewicht zwischen pathogenen und salutogenen Einflüssen verstanden, welches stets von Stressoren gefährdet und zugleich von Schutzfaktoren gefestigt wird [43, 44]. Werden die Störfaktoren zu massiv oder reicht die stabilisierende Wirkung der Schutzfaktoren nicht mehr aus, kann aufgrund des entstehenden Ungleichgewichts Krankheit die Folge sein. Zentrales Element des Modells ist das Konzept des Kohärenzsinn. Es besagt, inwieweit eine Person notwendige Ressourcen zum Umgang mit Herausforderungen als greifbar erlebt und den Einsatz dieser Ressourcen bei Anforderungen als lohnend empfindet. Ein geringes Kohärenzgefühl steht im Zusammenhang mit einer höheren Ausprägung psychischer Störungen, wohingegen eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung mit weniger Depression, Angst und Hilflosigkeit einhergeht [43, 44].

1.3.3 Psychosoziale, soziokulturelle und situative Risikofaktoren

Im Folgenden wird von Naab et al. [40] und Steinhausen [41] auf individuelle, familiäre, schulische, soziokulturelle und situative Risikofaktoren eingegangen, da sie als Ansatzpunkte für Prävention und Intervention nützlich sein können und vorrangig im Rahmen dieser Studie erhoben wurden.

Individuelle Bedingungsfaktoren sind:

- Merkmale der Persönlichkeit wie Temperament, Einstellung zur Umwelt oder Selbstwertgefühl
- Vulnerabilität einer Person
- Erfahrungen wie Traumatisierungen, Missbrauch oder anhaltende Konflikte mit wichtigen Bezugspersonen
- Fehlangepasste Bewältigungsprozesse

Familiäre Faktoren umfassen:

- Art der Erziehung, Disziplinergestaltung und inkonsistentes Handeln
- Elterliche Einmischung und Überbehütung mit Trennungsangst
- Qualität der Partnerbeziehung, vor allem hinsichtlich kommunikativer Effizienz
- Trennungs- und Verlusterfahrungen von Bindungspersonen, Verlust der Eltern durch Tod oder Scheidung mit vorausgegangenen Spannungen, alleinstehende Elternschaft
- *broken home* mit chronischer Partnerbeziehungsstörung und anhaltender familiärer Disharmonie mit Konflikten
- Bindungsmängel wie zum Beispiel unsichere Bindung zwischen Mutter und Kind
- Psychische Auffälligkeiten der Eltern oder elterliche Delinquenz
- Mangelnde Anregung
- Art der Familienzusammensetzung (Geburtsrang: Erstgeborene mit höherer psychischer Morbidität; Familiengröße ab 4.-5. Kind, Geburt eines Geschwisters)
- Wiederkehrende Erfahrungsdefizite von Generation zu Generation

Schulische Einflussfaktoren sind:

- Schulklima (Verhalten der Schüler und Leistung):
 - Lehrer: Kontrolle vs. positive Verstärkung, Beziehung zur Lehrperson
 - Möglichkeiten für die Schüler mitzubestimmen
 - Leistungsdruck mit deutlicher Anspruchshaltung
 - Schülerkonkurrenz
 - Gleichaltrigenakzeptanz, soziale Beziehungsfähigkeit der Jugendlichen untereinander, Mobbing

-
- Schultyp:
 - Förderliche Schulumwelten mit positiven Interaktionen am häufigsten in Gymnasien
 - Verhaltensauffälligkeiten und schlechte Leistungen öfter bei häufigem Wechsel von Lehrern und Schülern, bei hohem Anteil von Kindern aus armen Bevölkerungsschichten und ausländischen Kindern

Soziokulturelle Risikofaktoren sind:

- Sozialschicht:
 - Niedrigere Schulbildung und Intelligenz
 - Schlechterer Gesundheitszustand
 - Ungenügende Beratungsangebote
 - Familiäre Disharmonie, Elterntrennung, Heimaufenthalte, Kinderreichtum
 - Ungünstigere ökonomische Verhältnisse (beengter Wohnraum, niedrigere Lebensqualität)
 - Armut, finanzielle Probleme
- Ökologie:
 - In Großstädten vermehrt Verhaltensauffälligkeiten als in ländlichen Gegenden
 - Toxine
- Migration:
 - Kulturkonflikte, fehlende oder problematische Integration, Eltern mit fehlender kultureller Identität
 - Ungewisse Aufenthaltsdauer
 - Nicht europäischer Hintergrund
 - Kommunikationsprobleme
 - Ghettobildung
 - Belastende Arbeits- und Schulsituation
- Medien:
 - Aggressives Verhalten und Übergewicht im Zusammenhang mit Fernsehkonsum
 - Korrelation von Anorexia nervosa mit äußerst schlanken Models in Mode- und Fitnessmagazinen, Internet und Fernsehen
 - Vermittlung eines überzogenen Schönheitsideals
 - Ausgeprägtes Nutzungsverhalten diverser Online-Anwendungen wie zum Beispiel soziale Plattformen und Instant Messaging
 - Ungünstige Beeinflussung von Schulleistungen und Kreativität durch hohen Konsum
 - Cybermobbing

Situative Risikofaktoren sind:

- Kritische Lebensereignisse wie zum Beispiel Misserfolg in der Schule oder Ende einer bedeutenden Freundschaft
- Suizidhandlungen: abgeleitet aus Beziehungsstörungen und oft realisiert durch Erreichbarkeit von Haushaltsmedikamenten
- Verfügbarkeit von Alkohol und Drogen sowie deren Werbung, Einfluss der Peergruppe
- Bandenkriminalität abhängig von der ökonomischen und ökologischen Benachteiligung von Siedlungsvierteln [40, 41]

1.3.4 Schutzfaktoren und Resilienz

Kenntnisse über protektive Faktoren bilden eine weitere wichtige Grundlage für die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten. Folgend genannte Schutzfaktoren lassen sich nach Steinhausen [41] und Laucht et al. [45] in personale, familiäre und extrafamiliäre soziale Ressourcen einteilen.

Personale Ressourcen sind:

- Weibliches Geschlecht (während Kindheit)
- Erstgeborenes Kind
- Offenes, flexibles, aktives Temperament
- Positives Selbstbewusstsein
- Überdurchschnittliche Intelligenz
- Sozial attraktives Verhalten

Familiäre Ressourcen sind:

- Emotional beständige Beziehung zu einer Bezugsperson
- Aufgeschlossenes und unterstützendes Klima
- Familiärer Zusammenhalt
- Vorbilder optimistischer Bewältigung

Extrafamiliäre soziale Ressourcen sind:

- Sozialer Beistand mit Liebe und Zuneigung
- Positive Freundschaftsbeziehungen
- Positive Schulerfahrungen [41, 45]

Der anfangs in der Einleitung dieser Arbeit genannte Begriff der Resilienz ist laut Steinhausen ein individuell schützendes Merkmal [41]. Resilienz wirkt im dynamischen Prozess einer notwendigen Anpassung bei bedeutsamen Krisen förderlich. Von diesem

Grundgedanken ausgehend formuliert Steinhausen folgende zentrale Eigenschaften [41]:

- Resilienz kann sowohl erworben werden als auch Kompetenz zur Bewältigung belastender Lebensereignisse vermitteln; die psychosoziale Funktionsfähigkeit wird aufrechterhalten
- Resilienz entwickelt sich spezifisch je nach Alter, Situation und Lebensbereich, das heißt sie ist eine dynamische und keine fixe Persönlichkeitskompetenz
- Resilienz ist multidimensional und drückt sich zum Beispiel als mentale, emotionale oder handlungsbezogene Fertigkeit aus; folglich finden sich innerhalb eines Individuums verschiedene Resilienzen mit spezieller Kompatibilität Belastungen abzupuffern [41]

Wie Kunkel treffend darstellt, lässt sich bei der Betrachtung von Kindern und Jugendlichen mit Risiko- und Schutzfaktoren beobachten, dass sich bei einigen psychische Störungen ausbilden, während andere trotz deutlicher Belastungen gesund bleiben [46]. Somit besitzen diese Kinder und Jugendlichen Ressourcen oder Merkmale im Sinne von Resilienz. Dabei vorhandene psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren sollten nicht getrennt voneinander betrachtet werden. Schutzfaktoren sind jedoch nicht automatisch der Gegenpol von Risikofaktoren, sondern stellen unter Belastungssituationen einen spezifischen, individuellen Puffer dar. Als stabilisierendes Element können sie die negative Wirkung von Risikofaktoren abmildern. Jedoch können sie laut Holtmann und Schmidt nur dann als Puffer wirken, wenn auch eine risikoerhöhende Belastung vorliegt und die Resilienz bereits zuvor verfügbar war [47]. Steinhausen kommt zu dem Schluss, dass die Entwicklungspsychopathologie einen bedeutenden Beitrag zur weiteren Forschung hinsichtlich der Ätiologie psychischer Erkrankungen leistet [41]. Das Konzept von Resilienz und Schutzfaktoren ergänzt die klinische Ursachenlehre und trägt zu mehr Erkenntnis über die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen den umfangreichen Faktoren bei [41].

1.4 Ziele

Wie eingangs dieser Arbeit von Bürger und Kaess thematisiert, untermauern epidemiologische Zahlen, dass psychische Erkrankungen in der heutigen Zeit gerade bei Kindern und Jugendlichen als größte gesundheitsbezogene Herausforderung gelten [4]. Für die Entwicklung und Implementierung von Präventionsmaßnahmen, aber auch für die Kenntnis über mögliche Auswirkungen auf das Therapieergebnis, ist die Forschung über Risiko- und Schutzfaktoren im Kindes- und Jugendalter von enormer Bedeutung. Zahlreiche Studien belegen den großen Einfluss dieser Faktoren hinsichtlich der Entstehung und dem Verlauf psychischer Erkrankungen. Bisher sind aus der Literatur jedoch nur wenige Untersuchungen bekannt, die Zusammenhänge zwischen Risiko- und Schutzfaktoren und psychisch erkrankten stationären Jugendlichen genauer betrachten.

Die Ziele der vorliegenden Arbeit sind daher:

- Identifizierung von Risiko- und Schutzfaktoren mit Darstellung deren Häufigkeiten bei psychisch erkrankten stationären Jugendlichen
- Vergleich der Ausprägungen der identifizierten Risiko- und Schutzfaktoren zwischen der Patientenstichprobe und der Allgemeinbevölkerung bzw. der Validierungsstichprobe der einzelnen standardisierten Fragebögen
- Vergleich der Ausprägungen dieser Faktoren zwischen den Behandlungsdiagnosen Depression F32/F33, Anorexia nervosa F50.0/1 und Zwangsstörung F42
- Erkennen von möglichen Zusammenhängen zwischen diesen Faktoren und einer psychischen Erkrankung stationärer jugendlicher Patienten

2 Material und Methodik

2.1 Forschungsdesign und Auswahl der Stichprobe

Bei der vorliegenden Dissertation handelt es sich um eine monozentrische Querschnittsanalyse mittels standardisierter Fragebögen. Sie stellt eine Folgestudie der Arbeitsgruppe *Psychotherapie und Versorgungsforschung* unter der Leitung von Prof. Ulrich Voderholzer dar. Das von Kunkel zum Thema „Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren bei Jugendlichen am Beispiel der Schön Klinik Roseneck“ verwendete Paper-Pencil-Fragebogenset wurde hierzu vollständig überarbeitet [46]. Anhand des neu konzipierten Online-Fragebogensets wurden bei jugendlichen Patienten routinemäßig bei stationärer Klinikaufnahme psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren erfasst.

Zu den eingeschlossenen Probanden zählten alle Patienten, die sich vom Februar 2020 bis Februar 2021 in stationärer Therapie auf den Jugendstationen der Schön Klinik Roseneck befanden. Von insgesamt 627 rekrutierten Patienten beteiligten sich 451. Somit lag eine Rücklaufquote von 71.9 % an Online-Fragebogensets vor. Die Beschreibung der Daten der Stichprobe findet sich unter „3.1. Stichprobenbeschreibung“ im Ergebnisteil dieser Arbeit. Für diese Untersuchung wurde ein positives Votum der Ethikkommission bei der LMU München des Fachbereichs Medizin eingeholt (Projekt Nr. 21-0606).

2.2 Messinstrumente: Fragebögen

Das seit 2016 bestehende Paper-Pencil-Fragebogenset von Kunkel wurde im Hinblick auf literarisch bekannte psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren vollständig überarbeitet [46]. Teils wurden eigene Fragen der Autorin belassen oder umformuliert, sowie einzelne standardisierte Erhebungsinstrumente entfernt und durch andere ersetzt. Das neu konzipierte 21 DIN A4-Seiten lange Paper-Pencil-Fragebogenset (s. Anhang A) wurde anschließend zur Vereinfachung der Datenaufbereitung in eine Online-Version von Unipark mit der Umfragesoftware EFS Survey der Tivian XI GmbH überführt. Zur möglichst umfassenden Datenerhebung hinsichtlich relevanter Themenbereiche bei Jugendlichen entstand somit ein Online-Aufnahmefragebogen mit folgenden verwendeten Fragebögen (Tabelle 1):

Tabelle 1: Themenbereiche des Online-Aufnahmefragebogens mit Fragebögen

Themenbereich	Fragebogen
Allgemeiner Fragenteil zur Person, Wohnsituation	Überarbeiteter Fragebogen von Kunkel [46]
Elterliche Konflikte	Children's Perceptions of Interparental Conflict Scale (deutsche Kurzversion) [48]
Familienanamnese	Überarbeiteter Fragebogen von Kunkel [46]
Mediennutzung	Skala zum Onlinesuchtverhalten Jugendliche [49], Social Media Disorder Scale [50]
Mobbing, Cybermobbing	Juvenile Victimization Questionnaire (gekürzte Version) [51], Online Victimization Scale [52]
Schule	Angstfragebogen für Schüler [53]
Resilienz	Brief Resilience Scale [54]
Elterliches Erziehungsverhalten	Zürcher Kurzfragebogen zum Erziehungsverhalten [55]
Alkohol-, Tabak- und/oder Drogenkonsum	Suchtfragebogens KiGGS (Auszüge) [56], Substance Use Questionnaire (Auszüge) [57]
Traumatische Erfahrungen in der Kindheit	Childhood Trauma Questionnaire [58]
Stärken und Schwächen	Strengths and Difficulties Questionnaire [59]

Alle Patienten der Jugendstationen erhielten bei stationärer Aufnahme durch die Co-Therapie ein Informationsschreiben zur Studie (s. Anhang B). Dieses enthielt den Link zur Website-Adresse des Online-Aufnahmefragebogens und eine Anleitung zur Durchführung. Innerhalb der ersten Woche des Klinikaufenthaltes sollten die Patienten an einem mobilen Endgerät den Online-Aufnahmefragebogen ausfüllen. Die Einstellungen der Online-Fragebogenseiten waren so konzipiert, dass auf die nächste Seite nur weitergeklickt werden konnte, wenn alle Items der vorherigen Seite vollständig ausgefüllt waren. Dadurch ließen sich fehlende Variablenwerte weitestgehend vermeiden.

2.2.1 Person, Wohnsituation und Tagesstruktur

Nach einem kurzen Einführungstext für den Patienten folgten Fragen zu persönlichen Angaben wie Geburtsdatum, Geschlecht, derzeitiger Tätigkeit, Schulbesuch und Nationalität. Michel et al. sind der Auffassung, dass ein Mangel an Aufmerksamkeit und Fürsorglichkeit oft internalisierende Probleme wie Depression und Angst nach sich zieht [60]. Auch weitere psychische Störungen wie zum Beispiel Essstörungen oder Substanzmissbrauch würden vermehrt auftreten. Besonders frühe Vernachlässigung verstärkt die Gefahr beeinträchtigender Konsequenzen, vor allem im psychischen Bereich [60]. Daher wurde neben der Wohnsituation vor Klinikaufnahme auch nach der Tagesstruktur hinsichtlich gemeinsamer Mahlzeiten und Aktivitäten in der Familie gefragt.

2.2.2 Elterliche Konflikte

Im Hinblick auf die Frage, wie sich elterliche Konflikte auf Kinder und Jugendliche aus deren Sicht auswirken, entwickelten Gödde und Walper eine deutsche Kurzversion der in den USA sehr gut etablierten „Children’s Perception of Interparental Conflict Scale“ (CPIC) von Grych, Seid und Fincham [48]. Wie Gödde und Walper schreiben, richtet sich diese an Kinder und Jugendliche aus Trennungs- oder (immerhin biologisch) „intakten“ Kernfamilien [61]. Weiter zitieren Gödde und Walper die Autoren Cummings und Davies, dass detaillierte Ergebnisse darauf hinweisen, dass eine konflikthafte Beziehung zu den Eltern in vielerlei Hinsicht negative Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung haben kann [61].

Folgender Abschnitt widmet sich den Messkriterien der deutschen Kurzfassung des CPIC aus Sicht der Autoren Gödde und Walper [61]. Diese gilt als ein valides und reliables Messinstrument mit drei Bewertungsskalen *Konfliktpersistenz* (8 Items), *Kind als Vermittler* (3 Items) und *Kind als Konflikthanlass* (4 Items). Die Skala *Konfliktpersistenz* erfasst eher objektive Merkmale der elterlichen Auseinandersetzungen, wohingegen die beiden anderen Skalen auf die subjektive Interpretation und Reaktion des vom elterlichen Streit betroffenen Kindes abzielen. Die 15 Items werden mit einer 5-stufigen Likertskala von „Nie“ bis „Sehr oft“ beantwortet. Die Reliabilitäten der einzelnen Subskalen sind gut bis zufriedenstellend (Cronbachs Alpha von .61 bis .83) [61]. Für den Fall, dass der Proband die Eltern oder einen Elternteil nicht kennt oder die Eltern schon lange keinen Kontakt mehr zueinander haben, wurde noch die Antwortmöglichkeit „Nicht beantwortbar“ hinzugefügt. Diese Werte erscheinen in der Auswertung als fehlend. Die invers formulierten Items 7, 9 und 11 werden umkodiert und aus den drei Bewertungsskalen jeweils der Mittelwert gebildet. Bei den Skalen *Konfliktpersistenz* und *Kind als Konflikthanlass* steht ein höherer Mittelwert für ein höheres Maß an elterlichen

Konflikten aus der Sicht der Kinder. Bei der Skala *Kind als Vermittler* steht ein geringerer Mittelwert für eine geringere Möglichkeit, bei Konflikten der Eltern erfolgreich vermitteln zu können. Für die Auswertung empfehlen die Autoren Gödde und Walper, die für „intakte“ Kernfamilien beobachteten Mittelwerte zum Vergleich hinzuzuziehen [61].

2.2.3 Familienanamnese

Dieser Themenbereich gliedert sich in zwei Abschnitte und betrifft familiäre Krankheiten von Mutter, Vater, Geschwisterteil, Großmutter und Großvater. Im ersten Abschnitt wird nach den häufigsten körperlichen Erkrankungen wie Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankung und Folgen eines schweren Unfalls gefragt, im zweiten Abschnitt nach den häufigsten psychischen Erkrankungen wie zum Beispiel Depression/Burn Out, Ess- und Persönlichkeitsstörung. Für weitere nicht aufgeführte Erkrankungen kommt zudem das Item „Sonstige“ vor. Die Antwortmöglichkeiten sind dichotomer Art mit „Nein/Weiß nicht“ und „Ja“.

Laut Wild und Walper kann sich eine schwere Erkrankung innerhalb der Familie unvermeidlich auf alle Familienmitglieder und vor allem auch die Kinder auswirken [62]. Insbesondere psychische Erkrankungen können in größerem Ausmaß als körperliche Erkrankungen ein Risiko für das Kindeswohl darstellen [62].

2.2.4 Onlinesuchtverhalten und Mediennutzung

Onlinesuchtverhalten

Die Befragung zur Mediennutzung erfolgte anhand zweier verschiedener Instrumente zu den Unterthemen Onlinesuchtverhalten und Nutzung sozialer Medien. Zur Datenerhebung des Onlinesuchtverhaltens wurde die „Skala zum Onlinesuchtverhalten“ (OSV-S) von Wölfling et al. verwendet [49]. Die Version OSV-S 2010 für Kinder/Jugendliche stellte freundlicherweise Testautor Müller zur Verfügung.

Im folgenden Abschnitt wird der von Wölfling et al. entwickelte Fragebogen näher beschrieben [49]. Es handelt sich um ein klinisches Messinstrument zur Selbsteinschätzung des Internetverhaltens. Hiermit lassen sich Aussagen über das Vorliegen einer (komorbiden) Computerspiel- und Internetsucht treffen. Das Verfahren berücksichtigt die Komplexität der Internetsucht als neue Abwandlung der Verhaltenssüchte, so die Autoren Müller et al. [49]. Sie lässt sich dem Konzept einer substanzfreien Abhängigkeitserkrankung zuschreiben. Hierzu zählen diagnostizierbare Merkmale wie enorme gedanklich-emotionale Eingenommenheit vom Verhalten (Craving), Toleranzentwicklung, Entzugssymptome, Verlust von Kontrolle, Fortsetzen der Internetnutzung trotz assoziierter widriger Folgen, Gefühlsregulation und Aufgabe

anderer Interessen. Die Kernitems des Fragebogens erfassen oben genannte Kriterien suchtartigen Handelns. Zudem erheben weitere Items Daten hinsichtlich exzessivem Gebrauch [49]. Um der aktuellen Entwicklung Rechnung zu tragen, wurden WhatsApp und Instagram als Antwortmöglichkeiten bei den Onlineangeboten hinzugefügt. Die Antwortkategorien sind als Likertskalen, metrisch und im dichotomen Format angelegt. Gütekriterien wie die Objektivität, Reliabilität (Cronbachs Alpha in nicht klinischen Stichproben zwischen .89 und .91) und Validität wurden überprüft und sind gewährleistet [49].

Mediennutzung

Für die Erhebung der Nutzung sozialer Medien wurde zusätzlich die „Social Media Disorder Scale“ (SMD Scale) von van den Eijnden et al. hinzugefügt [50]. Die Autoren machen darauf aufmerksam, dass sich Social-Media-Sucht vor allem bei Jugendlichen zu einer relevanten Problematik herausbildet. Um das relativ junge Forschungsfeld zu diesem Themenbereich voranzubringen, war es das Ziel der Autoren, ein neues Instrument zur Messung von SMD zu entwickeln und zu validieren [50].

Van den Eijnden et al. beschreiben im nachfolgenden Abschnitt den Begriff Internetsucht als multidimensional [50]. Er kann unterschiedliche Arten zwanghaften Online-Verhaltens betreffen. So wird problematische Internetnutzung bei Jugendlichen in erster Linie mit der Verwendung sozialer Medien und Spielen in Zusammenhang gebracht. Die Autoren vertreten die Grundannahme, dass SMD und die im DSM-5 enthaltene *Internet Gaming Disorder* (IGD) zwei Formen des Konstrukts Internetabhängigkeit sind und daher durch die gleichen neun diagnostischen Kriterien definiert werden sollten [50]. Deren neu entwickeltes Instrument mit dichotomer (ja/nein)-Antwortskala setzt sich folglich zusammen aus 9 Items zu den Themenbereichen: Toleranz, Besorgnis, Entzug, Persistenz, Verdrängung, Probleme, Flucht, Konflikt und Täuschung. Aus den 9 Items wird der Summenwert gebildet. Je höher der Summen-, bzw. Mittelwert der SMD Scale, umso größer die Abhängigkeit von sozialen Medien. Nach Testung zeigte sich der Fragebogen als psychometrisch valides und reliables Messinstrument (Cronbachs Alpha zwischen .76 und .82) [50].

2.2.5 Mobbing und Cybermobbing

Mobbing

Für diese beiden Arten der Viktimisierung wurden ebenso zwei verschiedene Erhebungsinstrumente verwendet. 2005 etablierten Finkelhor et al. den Ansatz der Polyviktimisierung, um die Erkenntnis von verschiedenen Vorgehensweisen der Viktimisierung und deren Konsequenzen für die Psychopathologie bei Kindern und Jugendlichen zu erfassen [63]. Der hierfür von Finkelhor et al. entwickelte „Juvenile Victimization Questionnaire“ (JVQ) ist ein gebräuchliches, standardisiertes und validiertes Bewertungsinstrument für zwischenmenschliche Viktimisierung bei Kindern und Jugendlichen [51]. Die Reliabilität ist ausreichend bis gut (Cronbachs Alpha zwischen .71 und .85). Die in dieser Studie verwendete Version des JVQ wurde aus dem Englischen übersetzt und beinhaltet drei Subskalen mit insgesamt 21 Items. Der Themenbereich *Viktimisierung durch Gleichaltrige und die Gemeinschaft* umfasst 8 Items, *Misshandlung durch Bezugspersonen* 6 Items und *Exposition gegenüber häuslicher Gewalt* 5 Items. Zwei weitere Items betreffen Erfahrungen mit allgemeiner körperlicher Gewalt und sexuellem Missbrauch. Aus dem addierten Gesamtscore der dichotomen (ja/nein)-Antwortskala ergibt sich der Polyviktimisierungs-Score [51]. Ein höherer Mittelwert bedeutet eine größere Ausprägung von *Viktimisierung*.

Haahr-Pedersen et al. untersuchten in einer ersten systematischen Übersichtsarbeit die Evidenz zu den Beziehungen zwischen Polyviktimisierung (gemessen mit dem JVQ) und Kinder- und Jugendpsychopathologie [63]. Ein immenser Teil der Forschung signalisiert, dass das Ausgesetztsein gegenüber vielfachen Viktimisierungserlebnissen die Gefahr für psychosoziale Gesundheitsprobleme im Kindesalter und im späteren Leben verstärkt [63]. Dies befürwortet den Einsatz des JVQ als umfassendes Messinstrument von Polyviktimisierung im Rahmen vorliegender Studie.

Cybermobbing

Um zudem bedeutsame Erfahrungen der Patienten bezüglich Online-Viktimisierung und Cybermobbing messen zu können, wurde in diesem Fragebogenteil auch die von Tynes et al. entwickelte und validierte „Online Victimization Scale“ (OVS) eingesetzt (Cronbachs Alpha für die Reliabilität zwischen .66 und .87) [52]. Nachfolgender Absatz beschreibt aus Sicht der Autoren Tynes et al. die genauen Kriterien der OVS. Sie stellt ein umfangreiches Messinstrument dar bestehend aus vier Subskalen mit insgesamt 21 Items, welche allgemeine, sexuelle und rassistische Online-Erfahrungen von Jugendlichen erfassen [52]. Der Bereich der *Allgemeinen Online-Viktimisierung* betrifft mit 8 Items persönliche Online-Viktimisierung, zum Beispiel hinsichtlich des eigenen Aussehens oder Stils zu schreiben. Die *Sexuelle Online-Viktimisierung* umfasst 6 Items

mit verschiedenen Arten der sexuellen Aufforderung, die dem Befragten unmittelbar online widerfahren ist. Bezüglich der Themenbereiche *Individuelle* und *Nachempfundene Online-Rassendiskriminierung* ist es von Bedeutung, dass sowohl die Erfahrungen gemessen werden, die an die eigene Person gerichtet sind, als auch die, die vom Befragten über Personen derselben Rasse miterlebt werden. Somit beziehen sich 4 Items auf die persönliche individuelle und 3 Items auf die nachempfundene rassistische Diskriminierung. Die Antwortmöglichkeiten der vier Subskalen bilden sich als 6-stufige Likertskala ab [52]. Aus den jeweiligen Items der vier Subskalen werden die Mittelwerte gebildet. Ein höherer Mittelwert steht für eine größere Ausprägung der vier Themenbereiche.

Tynes et al. sind der Auffassung, dass Online-Erfahrungen, die mit jedem Viktimisierungsbereich zusammenhängen, unter anderem mit mehr depressiven Symptomen, Stress sowie vermindertem Selbstbewusstsein einhergehen [52]. Die Autoren zitieren den Hinweis Compas und Rutters aus der Entwicklungsliteratur, dass das Risiko ungünstiger Anpassung steigt, wenn Jugendliche Stressfaktoren in unterschiedlichen Bereichen erfahren [52]. Daher ist es hinsichtlich der Datenerhebung zum Themengebiet *Mobbing* von großer Bedeutung, die beiden oben dargestellten Erhebungsinstrumente anzuwenden.

2.2.6 Schulangst

Schulangst wird von Petermann als Syndrom mit Körperbeschwerden und Vermeidungsverhalten vor einem nahenden Schulbesuch beschrieben [64]. Zur Erhebung von Erfahrungen während der Schulzeit diente der „Angstfragebogen für Schüler“ (AFS) von Wiczerkowski et al. [53]. Der AFS misst die angstvollen Erlebnisse von Schülern unter drei Gesichtspunkten: *Prüfungsangst* mit 15 Items, *Manifeste Angst* mit 15 Items und *Schulunlust* mit 10 Items. Zudem erfasst die Skala *Soziale Erwünschtheit* mit 10 Items die Tendenz von Schülern, anderen gegenüber möglichst angepasst aufzutreten [53].

Der AFS von Wiczerkowski et al. wird seit etlichen Jahren in der klinischen und schulpsychologischen Praxis für Kinder und Jugendliche zwischen 9 und 18 Jahren verwendet [53]. Die Reliabilität der Skalen (Cronbachs Alpha) befindet sich zwischen .73 und .89. Die Antwortmöglichkeiten sind dichotomer Art mit „Stimmt nicht“ und „Stimmt“ [53]. Die invers formulierten Items 6, 21 und 46 werden umkodiert und aus den jeweiligen Items der vier oben genannten Subskalen Summenwerte gebildet. Ein höherer Mittelwert steht in der Gesamtauswertung für eine größere Ausprägung der vier Themenbereiche.

2.2.7 Resilienz

Zur genaueren Beurteilung der persönlichen Fähigkeiten, trotz signifikanter Belastungen gesund zu bleiben, entwickelten Smith et al. die „Brief Resilience Scale“ (BRS) [54]. Anhand 6 Items bewertet die BRS mit einer 5-stufigen Likertskala von „Ich stimme absolut nicht zu“ bis „Ich stimme absolut zu“ den Umgang mit Stress und die Resilienz als Prozess der Adaptation, nicht als statisches Persönlichkeitsmerkmal. Die Items 1, 3 und 5 sind positiv formuliert, die Items 2, 4 und 6 negativ [54]. Nach Umkodierung der 3 negativ formulierten Items wird aus den 6 Items der Mittelwert gebildet. Ein niedrigerer Mittelwert steht für eine geringere Ausprägung der Resilienz. In einer Studie mit zwei großen bevölkerungsbasierten Erwachsenenstichproben von Chmitorz et al. zeigte sich die deutsche Version der BRS als valides Maß mit einer guten Reliabilität (Cronbachs Alpha .85) [65].

2.2.8 Erziehungsverhalten

Wie Azman et al. schreiben, ist der elterliche Erziehungsstil ein wichtiger Vorhersagewert für das psychische Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen [66]. Daher war die subjektive Sichtweise der jugendlichen Patienten hinsichtlich der Erziehung der Eltern von Interesse.

Als Messinstrument wurde der 1993 von Reitzle et al. entwickelte „Zürcher Kurzfragebogen zum Erziehungsverhalten“ (ZKE) gewählt [55]. Anhand 32 Items wird das Erziehungsverhalten jeweils von Mutter und Vater abgefragt. Die Items verteilen sich auf drei Skalen: *Wärme und Unterstützung* mit 12 Items, *Psychologischer Druck* mit 9 Items und *Regeln/Kontrolle* mit 6 Items. Die übrigen 5 Items wurden in der vorliegenden Arbeit den drei Skalen hinzugefügt. Das invers formulierte Item 32 wird umkodiert. Somit werden aus den Skalen *Wärme und Unterstützung* mit 15 Items, *Psychologischer Druck* mit 10 Items und *Regeln/Kontrolle* mit 7 Items die Mittelwerte gebildet. Ein höherer Mittelwert steht für eine größere Ausprägung der drei Themenbereiche. Die 4-stufige Antwortskala reicht von „Stimmt nicht“ bis „Stimmt immer“. Falls kein Kontakt zu Vater/Mutter besteht, kann „Trifft nicht zu“ angekreuzt werden. Diese Werte erscheinen in der Auswertung als fehlend.

Die Gütekriterien wie Reliabilität und Validität des ZKE wurden von Reitzle et al. in der Schweiz anhand einer Stichprobe 11- bis 17-jähriger Schüler bestätigt [55]. Mit den Skalen werden die Erziehungsstile nach Baumrind abgebildet (autoritär, autoritativ, nachgiebig und vernachlässigend), die unterschiedliche Entwicklungsergebnisse nach sich ziehen können [67]. Reichlich Unterstützung durch die Eltern hängt mit höherem Selbstvertrauen und besseren Strategien zur Bewältigung von schwierigen Situationen

zusammen. Viel psychologischer Druck jedoch kann mit geringerem Selbstbewusstsein und höherer Symptomlast einhergehen [55].

2.2.9 Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum

Wie Amendola zusammenfassend in der Global Burden of Disease 2019 Studie schreibt, zählen psychische Erkrankungen und schädigender Substanzkonsum weiterhin zu den wichtigsten Gründen für die Krankheitslast [68]. Hall et al. heben hervor, dass viele nachteilige gesundheitliche und soziale Konsequenzen mit verschiedenen Arten des Substanzkonsums in Verbindung gebracht werden [69]. Zur Erfassung des Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsums dienten zum einen in Auszügen der Suchtfragebogen der nationalen KiGGS-Studie [56], zum anderen ausgewählte Items des „Substance Use Questionnaire“ von Müller et al. [57]. Einzelne Items und Antwortskalen wurden zur Optimierung der statistischen Auswertung zudem umformuliert. Drei der insgesamt 10 Items beziehen sich auf das Thema *Rauchen*, 6 Items auf das Thema *Alkohol* und 1 Item auf das Thema *Illegale Drogen*. Die Antwortmöglichkeiten sind metrisch und als 3- bis 7-stufige Likertskalen angelegt [56, 57].

2.2.10 Traumatische Erfahrungen in der Kindheit und Jugend

Negative Familienverhältnisse während der Kindheit (z.B. Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung) sind die größten Vorhersagefaktoren für psychische Störungen, so die Autoren Kessler et al. [42]. Zur retrospektiven Erhebung von Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung in Kindheit und Jugend wurde die deutsche Kurzform des „Childhood Trauma Questionnaire“ (CTQ) mit 28 Items von Bernstein et al. eingesetzt [58].

Wie Klinitzke et al. bestätigen, besteht der Fragebogen aus fünf Subskalen mit jeweils 5 Items zu den Themen *Emotionale* und *Körperliche Misshandlung*, *Sexueller Missbrauch* sowie *Emotionale* und *Körperliche Vernachlässigung* [70]. Der Score jeder der Subskalen reicht von 5 bis zu 25 Punkten. Die invers formulierten Items 2, 5, 7, 13, 19, 26 und 28 werden für die Auswertung umkodiert und aus den fünf Subskalen die Mittelwerte berechnet. Ein höherer Mittelwert steht für eine größere Ausprägung der Misshandlung oder Vernachlässigung. Die Antwortmöglichkeiten reichen auf einer 5-stufigen Likertskala von „Überhaupt nicht“ bis „Sehr häufig“. Zusätzlich enthält der Fragebogen eine Bagatellisierungsskala mit 3 Items, welche nicht in die Berechnung mit einfließt [70].

Die psychometrischen Eigenschaften des CTQ überprüften Klinitzke et al. in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe [70]. Die Subskala *Körperliche Vernachlässigung* zeigte eine eher unzureichende Reliabilität, wohingegen die Reliabilitäten der anderen Subskalen hoch waren (Cronbachs Alpha $\geq .80$). Grundsätzlich ist die deutsche Kurzversion des CTQ ein valides und reliables Messinstrument, jedoch sollte die Subskala *Körperliche Vernachlässigung* vorsichtig eingesetzt werden [70]. Auch Bader et al. kamen zu ähnlichen Ergebnissen hinsichtlich der Validierung des oben genannten Fragebogens [71].

Einige Fragen dieses Abschnitts des Fragebogens könnten Probanden eventuell als belastend empfinden, da sie sehr persönlich sind. Deshalb wurde zuvor ein Text eingefügt mit dem Hinweis, solche Fragen auslassen zu können oder sich bei Problemen mit dem Inhalt der Fragen an ihren Therapeuten zu wenden.

2.2.11 Stärken und Schwächen

Im Rahmen der klinischen Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen hat das Erkennen von Verhaltensauffälligkeiten und prosozialem Verhalten enorme Relevanz [72]. Als international häufig eingesetztes Screening-Verfahren gilt der „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (SDQ), der 1997 von Goodman et al. entwickelt wurde [59].

Lohbeck et al. untersuchten anhand einer Stichprobe von $N = 1.501$ Kindern und Jugendlichen aus der Allgemeinbevölkerung die psychometrischen Eigenschaften der deutschen Selbstbeurteilungsversion des SDQ (SDQ-Deu-S) [72]. Der Fragebogen besteht aus 25 Items, wovon sich jeweils 5 Items auf die fünf Subskalen *Emotionale Probleme*, *Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten*, *Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsprobleme*, *Probleme mit Gleichaltrigen* und *Prosoziales Verhalten* beziehen. Zur Beantwortung der Items dient eine 3-stufige Antwortskala von „Nicht zutreffend“ bis „Eindeutig zutreffend“. Die vier Problemskalen können als Gesamtproblemwert aufsummiert werden [72]. Die invers formulierten Items 7, 11, 14, 21 und 25 werden umkodiert. Im Hinblick auf die Problemskalen bedeutet jeweils ein höherer Mittelwert eine größere Ausprägung der Schwächen. Bei der Skala *Prosoziales Verhalten* bedeutet ein größerer Mittelwert eine größere Ausprägung der Stärken. Die Reliabilitäten der fünf Subskalen fielen laut Lohbeck et al. gering aus (Cronbachs Alpha .55-.77), nur die SDQ-Gesamtproblemskala zeigte eine befriedigende Reliabilität. Zusammenfassend kamen die Autoren zu dem Schluss, dass der SDQ-Deu-S eine gut anwendbare Screening-Methode für Kinder und Jugendliche hinsichtlich Verhaltensstärken und -schwächen darstellt [72].

2.3 Datenanalyse

Die statistische Datenanalyse wurde mit dem Statistik-Programm IBM SPSS Statistics Version 24 durchgeführt. Als Signifikanzniveau wurde ein Wert von $\alpha = .05$ festgelegt. Die Darstellung der deskriptiven Daten erfolgte mittels absoluter und relativer Häufigkeiten. Für die Bestimmung der Werte psychosozialer Risiko- und Schutzfaktoren wurden die Skalen der Fragebögen gemäß der unter 2.3 beschriebenen methodischen Vorgehensweisen berechnet. Mögliche Unterschiede von kontinuierlich skalierten Risiko- und Schutzfaktoren zwischen den drei größten Hauptdiagnosegruppen Depression F32/F33, Anorexia nervosa F50.0/1 und Zwangsstörung F42 wurden mit einem nicht-parametrischen Test, der einfaktoriellen Varianzanalyse nach Kruskal-Wallis, betrachtet. Anhand des Chi-Quadrat-Tests wurden Zusammenhänge zwischen den Diagnosegruppen und kategorialen Risiko- und Schutzfaktoren überprüft. Zur Interpretation der Ausprägungen der Risiko- und Schutzfaktoren in der vorliegenden Stichprobe wurden die Unterschiede zu Normwerten der Allgemeinbevölkerung bzw. zu den Werten in den Validierungsstudien anhand von Effektstärken berechnet. Die Analyse der Größe von Zusammenhängen erfolgte anhand Cramérs $V \phi$ [73] und der Effektstärke d nach Cohen 1988 (Tabelle 2) [74].

Tabelle 2: *Interpretation von Cramérs $V \phi$ und der Effektstärke d nach Cohen 1988*

d	Interpretation der Effektstärke d nach Cohen 1988	ϕ	Interpretation von Cramérs $V \phi$ nach Cohen 1988
< 0	negativer Effekt	0.1	kleiner Effekt
0.0	kein Effekt		
0.1			
0.2	kleiner Effekt	0.3	mittlerer Effekt
0.3			
0.4			
0.5	mittlerer Effekt	0.5	großer Effekt
0.6			
0.7			
0.8	großer Effekt		
0.9			
≥ 1.0			

3 Ergebnisse

3.1 Stichprobenbeschreibung

3.1.1 Geschlecht, Alter und Behandlungsdiagnosen

Es konnten 408 (90.5 %) weibliche Patientinnen und 43 (9.50 %) männliche Patienten im Alter von 12.2 bis 19.0 Jahren in die Studie mit aufgenommen werden. Das durchschnittliche Alter betrug 16.5 Jahre ($SD = 1.19$). Den Klinikakten wurden Daten zu den Behandlungsdiagnosen der Patienten entnommen. Die meisten Patienten hatten die Hauptdiagnosen Depression F32/F33 (40.8 %) und Anorexia nervosa F50.0/1 (34.1 %) und waren weiblich (Tabelle 3).

Tabelle 3: Häufigkeiten der Hauptdiagnosegruppen im Studienkollektiv nach Geschlecht

		Hauptdiagnosegruppen						Gesamt
		Depression F32/F33	Phobische Störungen F40	Zwangs- störung F42	Anorexia nervosa F50.0/1	Bulimia nervosa F50.2/3	andere	
Geschlecht	männlich	18	6	11	3	2	3	43
	weiblich	166	18	25	151	18	30	408
Gesamt		184	24	36	154	20	33	451

3.1.2 Derzeitige Tätigkeit und Schulart

Die Mehrheit der Patienten gab an, derzeit das Gymnasium oder die Realschule zu besuchen (Tabelle 4, Tabelle 5). Die Option *Studium* hatte keiner der Patienten ausgewählt.

Tabelle 4: Häufigkeiten der Tätigkeiten des Studienkollektivs

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Schule	391	86,7	86,7
Berufstätigkeit/ Ausbildung	12	2,7	2,7
arbeitssuchend	15	3,3	3,3
Sonstiges	33	7,3	7,3
Gesamt	451	100,0	100,0

Tabelle 5: Häufigkeiten der Schulbesuche des Studienkollektivs

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gymnasium	243	53,9	53,9
Realschule	109	24,2	24,2
Hauptschule	21	4,7	4,7
Andere	78	17,3	17,3
Gesamt	451	100,0	100,0

3.1.3 Nationalität/Muttersprache, Wohnsituation und Tagesstruktur

Nachfolgende Daten beziehen sich auf das gesamte Studienkollektiv. Die deutsche Staatsbürgerschaft besaßen 433 (96 %) der Patienten. 398 (88.2 %) der Väter und 403 (89.4 %) der Mütter hatten die deutsche Staatsangehörigkeit. Von 428 (94.9 %) der Patienten war Deutsch die Muttersprache und 427 (94.7 %) waren in Deutschland geboren. Diejenigen Patienten, die nicht in Deutschland geboren wurden, sind im Alter zwischen 0 und 17 Jahren nach Deutschland gekommen.

Die meisten Patienten wohnten mit beiden Eltern in einem Haushalt, gefolgt von einem gemeinsamen Haushalt nur mit der Mutter. 6.30 % lebten nicht bei den Eltern (Tabelle 6).

Tabelle 6: Häufigkeiten der Wohnsituationen des Studienkollektivs

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Ich lebe gemeinsam mit meinen Eltern in einem Haushalt.	294	65,2	65,2
Ich lebe gemeinsam mit meiner Mutter in einem Haushalt, aber ohne Vater.	98	21,7	21,7
Ich lebe gemeinsam mit meinem Vater in einem Haushalt, aber ohne Mutter.	30	6,7	6,7
Ich lebe in einer Pflegefamilie.	2	,4	,4
Ich lebe in einer Jugendhilfeeinrichtung.	5	1,1	1,1
Ich lebe in einer betreuten Wohnform.	9	2,0	2,0
Ich lebe alleine.	2	,4	,4
Sonstige Wohnsituation	11	2,4	2,4
Gesamt	451	100,0	100,0

Die Mehrheit der Patienten (40.6 %, 183/451) wohnte in einem 4-Personen-, gefolgt von 23.3 % (105/451) in einem 3-Personen- und 13.5 % (61/451) in einem 5-Personenhaushalt. Gemeinsame Mahlzeiten gab es am häufigsten 7 Mal/Woche bei 22.2 % (100/447), gefolgt von 5 Mal/Woche bei 8 % (36/447) und 14 Mal/Woche bei 7.30 % (33/447). Gemeinsame Aktivitäten fanden am häufigsten 1 Mal/Woche bei 30.6 % (138/451) statt, gefolgt von „nie“ bei 26.1 % (118/451) und 2 Mal/Woche bei 22 % (99/451). Ob eine feste Tagesstruktur vorhanden war beantworteten 60.3 % (272/451) der Jugendlichen mit „Ja“, 39.7 % (179/451) mit „Nein“.

3.2 Messinstrumente: Auswertung der Fragebögen

3.2.1 Elterliche Konflikte

Wie aus Tabelle 7 ersichtlich, zeigte der Vergleich der Mittelwerte der Skalen *Konfliktpersistenz* und *Kind als Konflikthanlass* in der eigenen Studie höhere Werte, die Skala *Kind als Vermittler* einen niedrigeren Mittelwert als die Validierungsstichprobe „intakter“ Kernfamilien von Gödde und Walper [61].

Tabelle 7: Gegenüberstellung Gesamtstichprobe eigene Studie (N_{Ges}) – Validierungsstichprobe (N_{Val}) der *Children's Perception of Interparental Conflict Scale*

	<i>M (SD)</i> eigene Studie	<i>M (SD)</i> Validierungsstichprobe	<i>d</i>
Konfliktpersistenz ($N_{Ges} = 411, N_{Val} = 235$)	2.39 (1.06)	1.92 (0.75)	0.49
Kind als Vermittler ($N_{Ges} = 379, N_{Val} = 235$)	2.14 (0.92)	2.44 (0.92)	0.33
Kind als Konflikthanlass ($N_{Ges} = 401, N_{Val} = 235$)	2.28 (0.92)	1.86 (0.62)	0.51

N_{Val} = Größe der Validierungsstichprobe „intakter“ Kernfamilien

Bei Betrachtung der drei größten Hauptdiagnosegruppen zeigten Patienten mit Depression F32/F33 ($n = 166, M = 2.51, SD = 1.02$) eine höhere *Konfliktpersistenz* als Patienten mit Zwangsstörung F42 ($n = 34, M = 1.99, SD = 0.85; p = .022, SE = 18.9, d = 0.52$). Patienten mit Depression F32/F33 ($n = 152, M = 2.00, SD = 0.87$) konnten weniger gut als Kind vermitteln als Patienten mit Anorexia nervosa F50.0/1 ($n = 133, M = 2.28, SD = 0.95; p = .032, SE = 10.9, d = 0.31$). In der Skala *Kind als Konflikthanlass* zeigten sich keine Unterschiede zwischen den drei größten Hauptdiagnosegruppen, jedoch ergab sich in dieser Skala beim Vergleich der Diagnosegruppe Bulimia nervosa F50.2/3 ($n = 16, M = 2.67, SD = 0.99$) mit der Validierungsstichprobe eine sehr große Effektstärke ($d = 1.25$) [61]. Beim Vergleich der Diagnosegruppe Phobische Störungen F40 mit der Validierungsstichprobe zeigte sich in der Skala *Konfliktpersistenz* eine große ($d = 0.94$), in der Skala *Kind als Konflikthanlass* eine sehr große Effektstärke ($d = 1.07$) [61].

3.2.2 Familienanamnese

3.2.2.1 Körperliche Erkrankungen 1. und 2. Grades

Die folgenden Tabellen 8 und 9 zeigen, dass in der Verwandtschaft 1. und 2. Grades der Gesamtstichprobe Krebserkrankungen unter den körperlichen Erkrankungen am häufigsten genannt wurden.

Tabelle 8: Häufigkeiten körperlicher Erkrankungen Mutter/Vater

	Nein/Weiß nicht	Ja	N
Krebserkrankung	395 (87.6 %)	56 (12.4 %)	451 (100 %)
Herz-Kreislauf-Erkrankung	401 (88.9 %)	50 (11.1 %)	451 (100 %)
Schwerer Unfall	401 (88.9 %)	50 (11.1 %)	451 (100 %)

Tabelle 9: Häufigkeiten körperlicher Erkrankungen Großeltern/Geschwister

	Nein/Weiß nicht	Ja	N
Krebserkrankung	226 (50.1 %)	225 (49.9 %)	451 (100 %)
Herz-Kreislauf-Erkrankung	287 (63.6 %)	164 (36.4 %)	451 (100 %)
Schwerer Unfall	406 (90.0 %)	45 (10.0 %)	451 (100 %)

Es gab einen Unterschied zwischen einer Herz-Kreislauf-Erkrankung von Mutter/Vater und den drei Hauptdiagnosegruppen Depression F32/F33, Anorexia nervosa F50.0/1 und Zwangsstörung F42 ($\chi^2(2) = 7.94$, $p = .019$, $\phi = .146$). Eine der erwarteten Zelhäufigkeiten war kleiner als 5, daher sind die Ergebnisse etwas vorsichtiger zu interpretieren. Bei der Diagnosegruppe Depression F32/F33 betrug die erwartete Anzahl an positiver Anamnese für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung von Mutter/Vater 19.7, die beobachtete Anzahl war 28. Somit kam es häufiger bei Patienten mit Depression F32/F33 vor, dass Mutter/Vater eine Herz-Kreislauf-Erkrankung hatte.

3.2.2.2 Psychische Erkrankungen 1. und 2. Grades

Die folgenden Tabellen 10 und 11 zeigen, dass in der Verwandtschaft 1. und 2. Grades der Gesamtstichprobe Depression/Burn out und Suchterkrankungen unter den psychischen Erkrankungen am häufigsten genannt wurden.

Tabelle 10: Häufigkeiten psychischer Erkrankungen Mutter/Vater

	Nein/Weiß nicht	Ja	N
Depression/Burn out	262 (58.1 %)	189 (41.9 %)	451 (100 %)
Essstörung	404 (89.6 %)	47 (10.4 %)	451 (100 %)
Persönlichkeitsstörung	431 (95.6 %)	20 (4.40 %)	451 (100 %)
Angststörung	410 (90.9 %)	41 (9.10 %)	451 (100 %)
Suchterkrankung	384 (85.1 %)	67 (14.9 %)	451 (100 %)
Zwangsstörung	435 (96.5 %)	16 (3.50 %)	451 (100 %)
Psychose	441 (97.8 %)	10 (2.20 %)	451 (100 %)

Tabelle 11: Häufigkeiten psychischer Erkrankungen Großeltern/Geschwister

	Nein/Weiß nicht	Ja	N
Depression/Burn out	291 (64.5 %)	160 (35.5 %)	451 (100 %)
Essstörung	422 (93.6 %)	29 (6.40 %)	451 (100 %)
Persönlichkeitsstörung	438 (97.1 %)	13 (2.90 %)	451 (100 %)
Angststörung	409 (90.7 %)	42 (9.30 %)	451 (100 %)
Suchterkrankung	363 (80.5 %)	88 (19.5 %)	451 (100 %)
Zwangsstörung	434 (96.2 %)	17 (3.80 %)	451 (100 %)
Psychose	437 (96.9 %)	14 (3.10 %)	451 (100 %)

Es gab einen Unterschied zwischen einer Suchterkrankung von Mutter/Vater (z.B. Alkohol, Drogen, Glücksspiel) und den drei Hauptdiagnosegruppen Depression F32/F33, Anorexia nervosa F50.0/1 und Zwangsstörung F42 ($\chi^2(2) = 12.6$, $p = .002$, $\phi = .184$). Keine der erwarteten Zelhäufigkeiten war kleiner als 5. Bei der Diagnosegruppe Depression F32/F33 betrug die erwartete Anzahl an positiver Anamnese für eine Suchterkrankung von Mutter/Vater 25.6, die beobachtete Anzahl war 37. Dies ließ darauf schließen, dass bei Patienten mit Depression F32/F33 häufiger ein Elternteil/die Eltern an einer Suchterkrankung litt/litten. Auch konnte ein Unterschied zwischen einer Zwangsstörung von Mutter/Vater und den drei Hauptdiagnosegruppen Depression F32/F33, Anorexia nervosa F50.0/1 und Zwangsstörung F42 gezeigt werden ($\chi^2(2) = 10.2$, $p = .006$, $\phi = .165$). Eine der erwarteten Zelhäufigkeiten war kleiner als 5, daher sind die Ergebnisse ebenso etwas vorsichtiger zu interpretieren. Bei der Diagnosegruppe Zwangsstörung F42 betrug die erwartete Anzahl an positiver Anamnese für eine Zwangsstörung von Mutter/Vater 1.40, die beobachtete Anzahl war 5. Somit deutete es darauf hin, dass Patienten mit Zwangsstörung F42 auch einen Elternteil oder Eltern mit Zwangsstörung hatten.

3.2.3 Onlinesuchtverhalten und Mediennutzung

3.2.3.1 Häufigkeiten und Dauer der Mediennutzung

Oft bis sehr oft nutzte die Gesamtstichprobe ($N = 451$) in ihrer Freizeit *Chatten/Austausch in Messengern* (z.B. WhatsApp) ($M = 3.35$, $SD = 0.67$), gefolgt von *Online-Communities* (z.B. Facebook, Instagram) ($M = 3.09$, $SD = 0.89$) und *Video- oder Streamingportalen* (z.B. youtube) ($M = 3.08$, $SD = 0.80$). 256 (56.8 %) der Gesamtstichprobe ($N = 451$) waren der Meinung, dass sie *Online-Communities* zu häufig und zu lange nutzen, 213 (47.2 %) *Video- oder Streamingportale* und 143 (31.7 %) *Chatten/Austausch in Messengern*.

Das Online-Angebot *Onlinespiele* (z.B. Rollenspiele, Ego-Shooter) wendeten Patienten mit Depression F32/F33 ($n = 184$, $M = 1.67$, $SD = 0.91$) häufiger an als Patienten mit Anorexia nervosa F50.0/1 ($n = 154$, $M = 1.32$, $SD = 0.59$; $p = .002$, $SE = 10.1$, $d = 0.45$). Auch das Online-Angebot *Andere Internetspiele* (z.B. Browsergames, Fun Games) nutzten Patienten mit Depression F32/F33 ($n = 184$, $M = 1.61$, $SD = 0.74$) häufiger als Patienten mit Anorexia nervosa F50.0/1 ($n = 154$, $M = 1.39$, $SD = 0.63$; $p = .008$, $SE = 10.3$, $d = 0.32$). Die Verteilung der Nutzung von *Online-Communities* (z.B. Facebook, Instagram) war über alle drei Hauptdiagnosegruppen identisch.

In folgender Tabelle 12 sind die Ergebnisse der Online-Zeit in Stunden an einem Tag unter der Woche und an einem Wochenendtag getrennt für die drei Hauptdiagnosen Depression F32/F33, Zwangsstörung F42 und Anorexia nervosa F 50.0/1 dargestellt.

Tabelle 12: Ergebnisse der Online-Zeit in Stunden getrennt nach den drei Hauptdiagnosen

	Online-Zeit in Stunden an einem Tag unter der Woche				Online-Zeit in Stunden an einem Wochenendtag			
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>z</i>
Depression F32/F33	175	4,12	2.28	4.00	182	5.53	2.52	5.00
Zwangsstörung F42	35	4.30	2.59	4.00	36	5.40	3.38	4.75
Anorexia nervosa F50.0/1	154	3.02	2.26	2.00	154	3.57	1.98	3.00

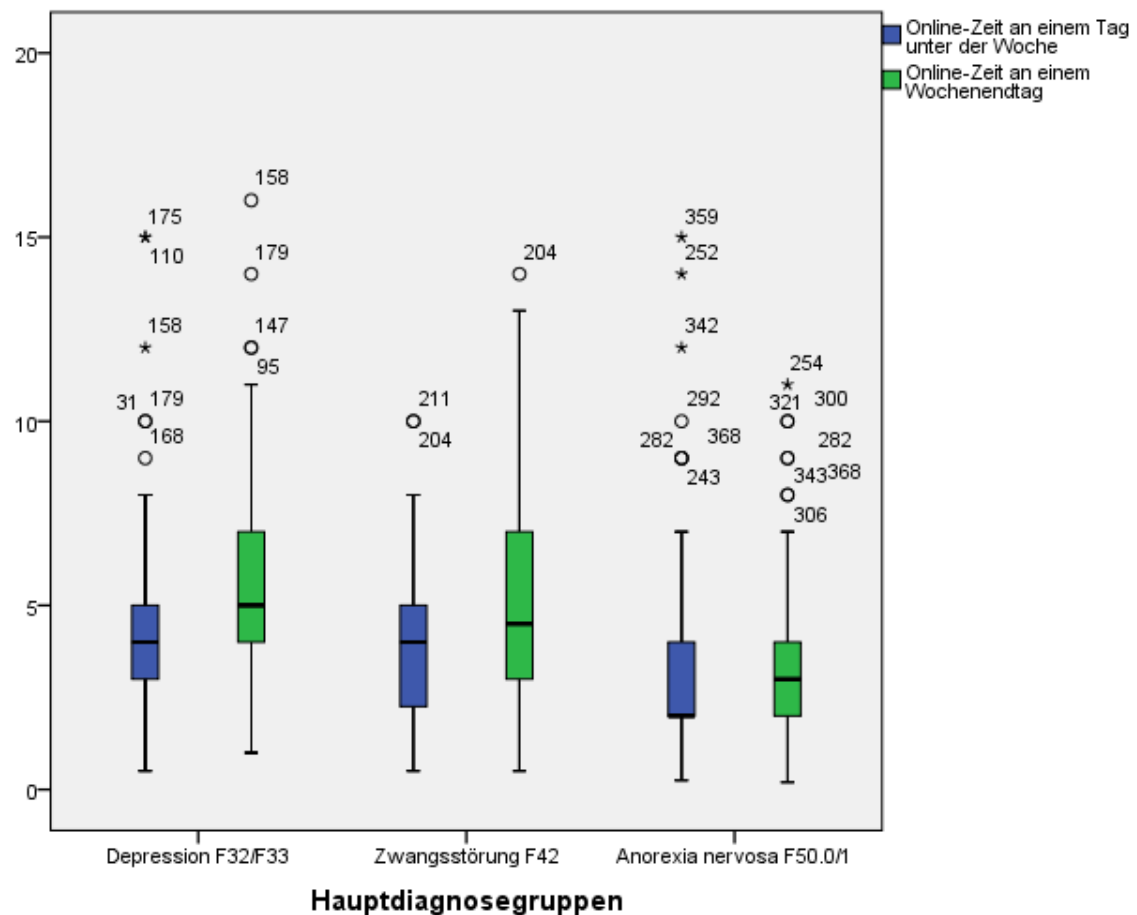


Abbildung 1: *Box-Plots mit der Lage der Online-Zeit in Stunden getrennt für die drei Hauptdiagnosegruppen*

Patienten mit Depression F32/F33 waren länger an einem Tag unter der Woche online als Patienten mit Anorexia nervosa F50.0/1 ($p < .001$, $SE = 11.5$, $d = 0.48$). Ein solcher Unterschied zeigte sich auch bei Zwangsstörung F42 und Anorexia nervosa F50.0/1 ($p = .001$, $SE = 19.4$, $d = 0.55$). Hinsichtlich der *Online-Zeit an einem Wochenendtag* zeigte sich ebenso ein Gruppenunterschied zwischen Depression F32/F33 und Anorexia nervosa F50.0/1 ($p < .001$, $SE = 11.7$, $d = 0.86$) und Zwangsstörung F42 und Anorexia nervosa F50.0/1 ($p = .001$, $SE = 19.7$, $d = 0.79$; Abbildung 1).

3.50 % (16/438) der Patienten der Gesamtstichprobe gaben an, zwischen 10 und 15 Stunden durchschnittlich an einem Tag unter der Woche aktiv online zu sein. 7.40 % (34/449) waren durchschnittlich zwischen 10 und 16 Stunden an einem Wochenendtag aktiv online. 93.1 % (420/451) waren täglich online, 54.1 % (244/451) weniger als eine Stunde am Stück/Tag und 2 % (9/451) mehr als 6 Stunden am Stück/Tag online.

3.2.3.2 Gefühlsregulation durch Onlineaktivitäten

Es gab einen Unterschied zwischen der Vermeidung unangenehmer Gefühle (z.B. Ärger, Langeweile, Trauer) durch Onlineaktivitäten und den drei Hauptdiagnosegruppen Depression F32/F33, Anorexia nervosa F50.0/1 und Zwangsstörung F42 ($\chi^2(8) = 28.4$, $p = < .001$, $\phi = .195$). Eine der erwarteten Zelhäufigkeiten war kleiner als 5, daher sind die Ergebnisse etwas vorsichtiger zu interpretieren. Bei der Diagnosegruppe Depression F32/F33 betrug die erwartete Anzahl an sehr häufiger Vermeidung unangenehmer Gefühle durch Onlineaktivitäten 23.6, die beobachtete Anzahl war 34. Somit vermieden Patienten mit Depression F32/F33 häufiger unangenehme Gefühle als die beiden anderen Hauptdiagnosegruppen. Bei der Diagnosegruppe Anorexia nervosa F50.0/1 betrug die erwartete Anzahl nie unangenehme Gefühle durch Onlineaktivitäten zu vermeiden 28, die beobachtete Anzahl war 40. Dies zeigte, dass Patienten mit Anorexia nervosa F50.0/1 weniger Onlineaktivitäten nutzten, um unangenehme Gefühle zu regulieren.

3.2.3.3 Auftreten von Problemen durch Mediennutzung

148 (32.8 %) der Gesamtstichprobe (N = 451) hatten durch die Internetnutzung Probleme mit der Gesundheit (z.B. zu wenig Schlaf, Vergessen von Mahlzeiten). Hier zeigte sich zwischen den drei Hauptdiagnosen ein Unterschied ($\chi^2(2) = 6.95$, $p = .031$, $\phi = .136$). Keine der erwarteten Zelhäufigkeiten war kleiner als 5. Bei der Diagnosegruppe Depression F32/F33 betrug die erwartete Anzahl mit der Antwort „Ja“ 58.1, die beobachtete Anzahl war 67. Patienten mit Depression F32/F33 bekamen folglich häufiger gesundheitliche Probleme durch die Mediennutzung als die beiden anderen Hauptdiagnosegruppen. 144 (31.9 %) vernachlässigten andere Interessen oder Freizeitaktivitäten, die sie gerne machen und 140 (31 %) bekamen Probleme mit der Familie/mit dem Partner bzw. Freunden (z.B. Streit).

3.2.3.4 Nutzung sozialer Medien

97 (21.5 %) der Gesamtstichprobe (N = 451) hatten innerhalb des letzten Jahres vergeblich versucht, Social Media weniger zu nutzen (M = 0.22, SD = 0.41). 89 (19.7 %) vernachlässigten andere Freizeitbeschäftigungen, weil sie so mit der Social Media-Nutzung beschäftigt waren (M = 0.20, SD = 0.40). Hier zeigte sich zwischen den drei Hauptdiagnosen ein Unterschied ($\chi^2(2) = 6.38$, $p = .041$, $\phi = .131$). Keine der erwarteten Zelhäufigkeiten war kleiner als 5. Bei der Diagnosegruppe Depression F32/F33 betrug die erwartete Anzahl mit der Antwort „Ja“ 37.4, die beobachtete Anzahl war 44. Dies zeigte, dass Patienten mit Depression F32/F33 aufgrund der Nutzung sozialer Medien weniger Freizeitbeschäftigungen nachgingen als die beiden anderen Diagnosegruppen. 293 (65 %) der Gesamtstichprobe (N = 451) hatten *Social Media* oft genutzt, wenn sie

traurig waren oder sich schlecht gefühlt haben ($M = 0.65$, $SD = 0.48$). Hier zeigte sich zwischen den drei Hauptdiagnosen ebenso ein Unterschied ($\chi^2(2) = 11.5$, $p = .003$, $\phi = .176$). Keine der erwarteten Zellhäufigkeiten war kleiner als 5. Bei der Diagnosegruppe Depression F32/F33 betrug die erwartete Anzahl mit der Antwort „Ja“ 117, die beobachtete Anzahl war 132. Auch hier wurde deutlich, dass Patienten mit Depression F32/F33 häufiger soziale Medien zur Gefühlsregulation nutzten.

Es lässt sich anschaulich erkennen, dass das vorletzte Item der *SMD Scale* zum Thema *Gefühlsregulation* („...Social Media oft genutzt, wenn Sie traurig waren oder Sie sich schlecht gefühlt haben?“) von allen drei Hauptdiagnosegruppen jeweils am häufigsten bejaht wurde (Abbildung 2).

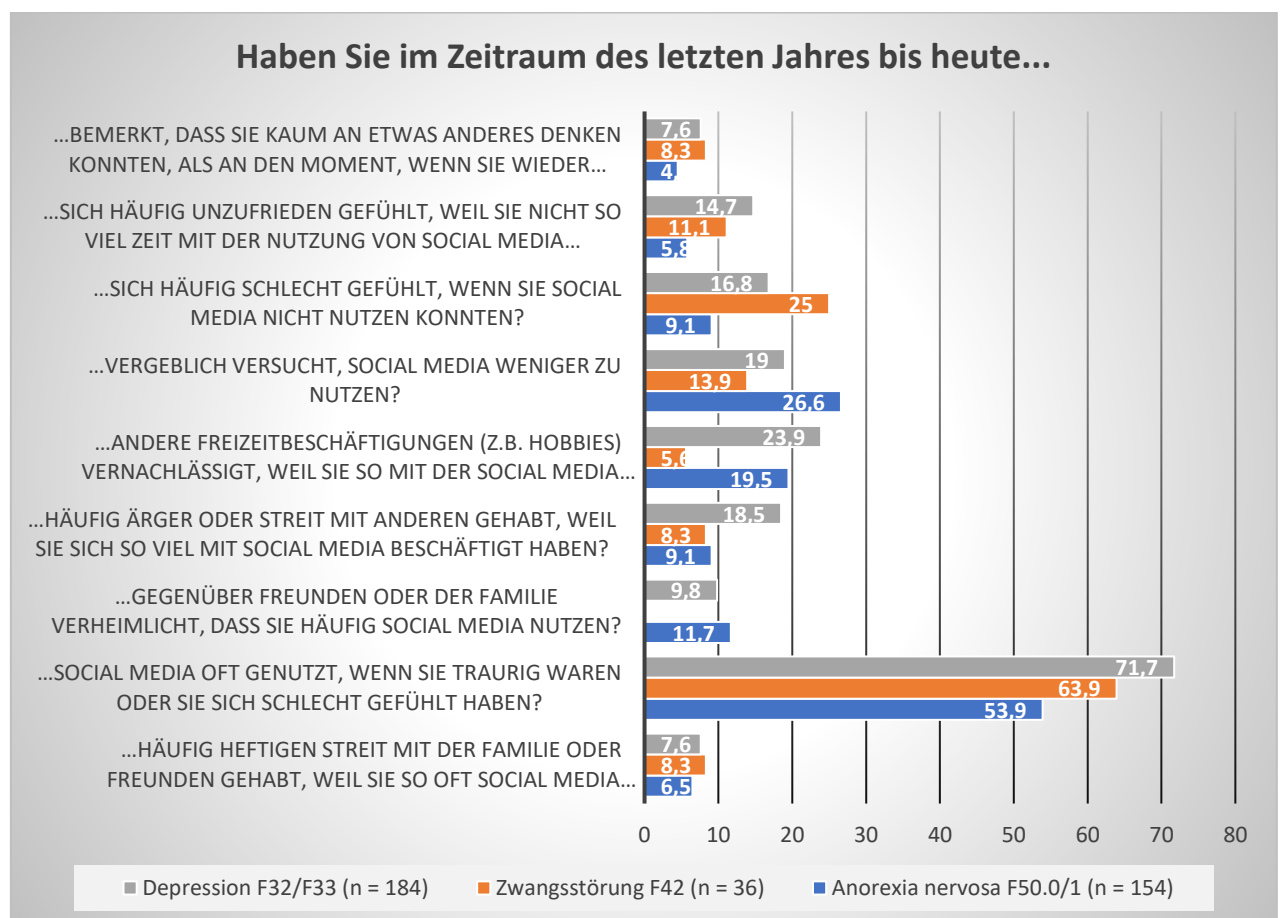


Abbildung 2: **Prozentuale Häufigkeiten der Antwortkategorie „Ja“ des Fragebogens Social Media Disorder Scale in Abhängigkeit der drei Hauptdiagnosegruppen**

Der Mittelwert der *SMD Scale* betrug für die Gesamtstichprobe 1.71 ($SD = 1.73$). Der Vergleich der Mittelwerte der drei Hauptdiagnosegruppen zeigte keine signifikanten Unterschiede.

3.2.4 Mobbing und Cybermobbing

3.2.4.1 Mobbing

Der addierte Gesamtscore der drei Subskalen *Viktimisierung durch Gleichaltrige und die Gemeinschaft*, *Misshandlung durch Bezugspersonen* und *Exposition gegenüber häuslicher Gewalt* ergab für die Gesamtstichprobe einen Mittelwert von 5.63 ($SD = 3.95$, Minimum = 0, Maximum = 19, Range = 0-21). 94.2 % der Gesamtstichprobe berichteten mindestens eine Viktimisierung, 65.4 % mindestens vier Viktimisierungen. In Tabelle 13 wird gezeigt, dass Patienten mit Depression F32/F33 häufiger Viktimisierung erlebt haben als Patienten mit Zwangsstörung F42 und Anorexia nervosa F50.0/1.

Tabelle 13: *Ergebnisse der Unterschiede der Hauptdiagnosegruppen des Juvenile Victimization Questionnaire*

	Hauptdiagnose- gruppen	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>d</i>	<i>p</i>	<i>SE</i>
Polyviktimisierungs- Score	DP – Zwang	6.69 – 4.11	4.05 – 3.61	0.65	< .001	19.6
	DP – AN	6.69 – 4.66	4.05 – 3.69	0.52	< .001	11.8

DP = Depression F32/F33, $n = 184$; Zwang = Zwangsstörung F42, $n = 36$;

AN = Anorexia nervosa F50.0/1, $n = 154$

3.2.4.2 Cybermobbing

In Tabelle 14 sind die Ergebnisse der Gesamtstichprobe der vier Subskalen der OVS dargestellt. Den höchsten Mittelwert erreichte in dieser Studie die Subskala *Sexuelle Online-Viktimisierung*, den geringsten die Subskala *Individuelle Online-Rassendiskriminierung*.

Tabelle 14: *Ergebnisse der vier Subskalen der Online Victimization Scale*

		Allgemeine Online- Diskriminierung	Sexuelle Online- Diskriminierung	Individuelle Online-Rassen- diskriminierung	Nachempfundene Online-Rassen- diskriminierung
N	Gültig	451	451	451	451
	Fehlend	0	0	0	0
Mittelwert		1,5194	1,7284	1,2018	1,6275
Standardfehler des Mittelwertes		,03789	,04283	,01940	,03977
Standardabweichung		,80466	,90966	,41201	,84456
Minimum		1,00	1,00	1,00	1,00
Maximum		6,00	5,33	4,25	6,00

In allen vier Subskalen erfuhren Patienten mit Depression F32/F33 häufiger Cybermobbing als Patienten mit Anorexia nervosa F50.0/1 (Tabelle 15). Hinsichtlich *Allgemeiner* und *Sexueller Online-Viktimisierung* zeigte sich auch ein Unterschied zu Patienten mit Zwangsstörung F42.

Tabelle 15: Ergebnisse der Unterschiede der Hauptdiagnosegruppen getrennt nach den vier Subskalen der Online Victimization Scale

	Hauptdiagnose- gruppen (n)	M	SD	d	p	SE
Allgemeine Online- Viktimisierung	DP – Zwang	1.66 – 1.31	0.86 – 0.48	0.43	.013	19.0
	DP – AN	1.66 – 1.36	0.86 – 0.67	0.39	< .001	11.4
Sexuelle Online- Viktimisierung	DP – Zwang	1.98 – 1.60	0.99 – 0.82	0.39	.049	19.2
	DP – AN	1.98 – 1.39	0.99 – 0.61	0.70	< .001	11.5
Individuelle Online- Rassdiskriminierung	DP – AN	1.24 – 1.12	0.43 – 0.28	0.33	.001	9.81
Nachempfundene Online- Rassdiskriminierung	DP – AN	1.79 – 1.40	0.89 – 0.71	0.48	< .001	11.2

DP = Depression F32/F33, n = 184; Zwang = Zwangsstörung F42, n = 36;

AN = Anorexia nervosa F50.0/1, n = 154

3.2.5 Schulangst

Tabelle 16 zeigt die Ergebnisse der Gesamtstichprobe der vier Subskalen des AFS. Den höchsten Mittelwert erreichte in dieser Studie die Subskala *Manifeste Angst*, den geringsten die Subskala *Soziale Erwünschtheit*.

Tabelle 16: Ergebnisse der vier Subskalen des Angstfragebogens für Schüler

		Prüfungs- angst	Manifeste Angst	Schulunlust	Soziale Erwünschtheit
N	Gültig	451	451	451	451
	Fehlend	0	0	0	0
Mittelwert		10,09	11,17	5,93	3,64
Standardfehler des Mittelwertes		,200	,172	,144	,090
Standardabweichung		4,249	3,657	3,064	1,920
Minimum		0	0	0	0
Maximum		15	15	10	9

Range (Prüfungsangst, Manifeste Angst) = 0-15, Range (Schulunlust, Soziale Erwünschtheit) = 0-10

Hinsichtlich der drei größten Hauptdiagnosegruppen zeigten Patienten mit Depression F32/F33 häufiger *Prüfungsangst*, *Manifeste Angst* und *Schulunlust* als Patienten mit Zwangsstörung F42 und Anorexia nervosa F50.0/1 (Tabelle 17).

Tabelle 17: Ergebnisse der Unterschiede der Hauptdiagnosegruppen getrennt nach drei Subskalen des Angstfragebogens für Schüler

	Hauptdiagnose- gruppen	M	SD	d	p	SE
Prüfungsangst	DP – Zwang	11.6 – 8.31	3.26 – 5.44	0.89	.002	19.6
	DP – AN	11.6 – 8.82	3.26 – 4.38	0.73	< .001	11.8
Manifeste Angst	DP – Zwang	12.6 – 9.69	2.43 – 3.87	1.07	< .001	19.5
	DP – AN	12.6 – 9.74	2.43 – 4.05	0.88	< .001	11.7
Schulunlust	DP – Zwang	7.14 – 4.44	2.45 – 2.99	1.06	< .001	19.6
	DP – AN	7.14 – 4.66	2.45 – 3.17	0.89	< .001	11.7

DP = Depression F32/F33, $n = 184$; Zwang = Zwangsstörung F42, $n = 36$;

AN = Anorexia nervosa F50.0/1, $n = 154$

3.2.6 Resilienz

Der mittlere BRS-Wert aller 6 Items war in der eigenen Studie ($N = 451$, $M = 2.41$, $SD = 0.75$) niedriger als in der Validierungsstichprobe ($N = 1481$, $M = 3.58$, $SD = 0.76$) [65]. Der Unterschied zeigte eine sehr große Effektstärke ($d = 1.56$).

Patienten mit Depression F32/F33 ($n = 184$, $M = 2.16$, $SD = 0.62$) waren weniger resilient als Patienten mit Anorexia nervosa F50.0/1 ($n = 154$, $M = 2.64$, $SD = 0.73$; $p = < .001$, $SE = 11.8$, $d = 0.71$).

3.2.7 Erziehungsverhalten

Tabelle 18 zeigt die Ergebnisse der Gesamtstichprobe der drei Subskalen des ZKE im Vergleich zur Validierungsstichprobe [55]. Es bestand in dieser Studie häufiger kein Kontakt zum Vater als zur Mutter. Die Mittelwerte der Subskalen *Wärme und Unterstützung* und *Regeln/Kontrolle* waren in dieser Studie bei den Müttern höher als bei den Vätern, während die Mittelwerte der Subskala *Psychologischer Druck* beinahe gleich waren. Der Vergleich der Mittelwerte der Subskalen *Wärme und Unterstützung* und *Regeln/Kontrolle* für Mutter und Vater ergab in der eigenen Studie niedrigere, die Subskala *Psychologischer Druck* höhere Mittelwerte als in der Validierungsstichprobe [55].

Tabelle 18: Gegenüberstellung Gesamtstichprobe eigene Studie (N_{Ges}) – Validierungsstichprobe (N_{Val}) des Zürcher Kurzfragebogens zum Erziehungsverhalten

	<i>M (SD)</i> eigene Studie	<i>M (SD)</i> Validierungsstichprobe	<i>d</i>
Wärme und Unterstützung (Mutter) ($N_{Ges} = 443, N_{Val} = 877$)	1.98 (0.64)	2.24 (0.46)	0.49
Wärme und Unterstützung (Vater) ($N_{Ges} = 423, N_{Val} = 877$)	1.69 (0.72)	2.07 (0.52)	0.64
Psychologischer Druck (Mutter) ($N_{Ges} = 443, N_{Val} = 877$)	0.90 (0.60)	0.81 (0.53)	0.16
Psychologischer Druck (Vater) ($N_{Ges} = 424, N_{Val} = 877$)	0.89 (0.63)	0.78 (0.50)	0.20
Regeln/Kontrolle (Mutter) ($N_{Ges} = 442, N_{Val} = 877$)	1.68 (0.57)	1.92 (0.58)	0.42
Regeln/Kontrolle (Vater) ($N_{Ges} = 418, N_{Val} = 877$)	1.49 (0.64)	1.73 (0.61)	0.39

Bei Betrachtung der drei größten Hauptdiagnosegruppen erfuhren Patienten mit Depression F32/F33 vonseiten beider Elternteile geringere *Wärme und Unterstützung* und vermehrt *Psychologischen Druck* als Patienten mit Anorexia nervosa F50.0/1 und in einer Kategorie auch mit Zwangsstörung F42 (Tabelle 19).

Tabelle 19: Ergebnisse der Unterschiede der Hauptdiagnosegruppen getrennt nach zwei Subskalen (jeweils für Mutter und Vater) des Zürcher Kurzfragebogens zum Erziehungsverhalten

	Hauptdiagnose- gruppen (<i>n</i>)	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>d</i>	<i>p</i>	<i>SE</i>
Wärme und Unterstützung (Mutter)	DP – Zwang (180 – 36)	1.83 – 2.16	0.69 – 0.48	0.50	.041	19.5
	DP – AN (180 – 153)	1.83 – 2.17	0.69 – 0.59	0.53	< .001	11.7
Wärme und Unterstützung (Vater)	DP – AN (173 – 147)	1.56 – 1.87	0.69 – 0.73	0.44	< .001	11.5
Psychologischer Druck (Mutter)	DP – AN (181 – 153)	0.96 – 0.78	0.65 – 0.53	0.30	.042	11.7
Psychologischer Druck (Vater)	DP – AN (173 – 148)	0.99 – 0.79	0.63 – 0.62	0.32	.004	11.5

n = Größe der Teilstichproben eigene Studie

DP = Depression F32/F33; Zwang = Zwangsstörung F42, AN = Anorexia nervosa F50.0/1

3.2.8 Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum

3.2.8.1 Tabakkonsum

52.5 % (237/451) der Gesamtstichprobe haben noch nie geraucht, 32.2 % (145/451) eine ganze Zigarette o.ä. oder mehr und 15.3 % (69/451) ein paar Züge. Im Durchschnitt waren die Patienten beim ersten Konsum 14.3 Jahre alt (210/214, $SD = 1.61$). Zum aktuellen Rauchverhalten gaben 82.5 % (372/451) an nicht zu rauchen, 10 % (45/451) ab und zu und 7.50 % (34/451) jeden Tag.

3.2.8.2 Alkoholkonsum

Bisher mindestens einen Schluck Alkohol getrunken zu haben bestätigten 88.4 % (399/451), wohingegen 11.5 % (52/451) dies verneinten. Cocktails/Mischgetränke ($M = 1.71$, $SD = 0.99$), Bier ($M = 1.59$, $SD = 0.90$) und Sekt ($M = 1.57$, $SD = 0.85$) zählten zu den am häufigsten konsumierten Getränken. 59.4 % (268/451) waren noch nie stark betrunken, 11.3 % (51/451) einmal und 29.3 % (132/451) zwei- oder mehrmals. Diejenigen Patienten, die regelmäßig (mindestens einmal pro Woche) Alkohol trinken ($n = 97$, 21.5 % der Gesamtstichprobe), haben durchschnittlich mit 15 Jahren ($SD = 1.26$) damit begonnen. Am häufigsten wurde Alkohol auf einer Party konsumiert ($M = 1.92$, $SD = 0.84$), gefolgt von Zusammensein mit Freunden ($M = 1.75$, $SD = 0.71$) und Familienfeiern ($M = 1.62$, $SD = 0.60$).

3.2.8.3 Drogenkonsum

Knapp 1/4 der Gesamtstichprobe ($N = 451$) hatte bereits Kontakt mit dem Konsum von Cannabis, gefolgt von Medikamenten als Droge (Tabelle 20).

Tabelle 20: Häufigkeiten des Konsums diverser Drogen der Gesamtstichprobe

	Ja	Nein
Cannabis	108 (23.9 %)	343 (76.1 %)
Halluzinogene (z.B. LSD/Mescaline/Psilocybin)	10 (2.20 %)	441 (97.8 %)
Amphetamine (z.B. Speed, Crystal, Ecstasy)	18 (4.00 %)	433 (96.0 %)
Opioide (z.B. Heroin)	0 (0.00 %)	451 (100 %)
Medikamente als Droge (Schlafmittel, Schmerzmittel)	59 (13.1 %)	392 (86.9 %)
Psychostimulanzien (z.B. Kokain)	9 (2.00 %)	442 (98.0 %)
Inhalantien (z.B. Leim oder Lösungsmittel schnüffeln)	28 (6.20 %)	423 (93.8 %)

3.2.8.4 Unterschiede des Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsums zwischen den Hauptdiagnosegruppen

Tabelle 21 zeigt in ausgewählten Themenbereichen des Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsums statistisch signifikante Gruppenunterschiede zwischen den drei Hauptdiagnosegruppen. Patienten mit Depression F32/F33 konsumierten häufiger Tabak und Cannabis als Patienten mit Zwangsstörung F42 und Anorexia nervosa F50.0/1, waren häufiger stark betrunken und größere Alkoholkonsumenten auf Partys als Patienten mit Anorexia nervosa F50.0/1.

Tabelle 21: Ergebnisse der Unterschiede der Hauptdiagnosegruppen getrennt nach Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum

	Hauptdiagnose- gruppen	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>d</i>	<i>p</i>	<i>SE</i>
Aktueller Tabakkonsum	DP – Zwang	1.45 – 1.17	0.92 – 0.70	0.32	.026	12.7
	DP – AN	1.45 – 1.18	0.92 – 0.61	0.34	.001	7.59
Starke Trunkenheit	DP – AN	2.16 – 1.46	1.20 – 0.91	0.65	< .001	10.5
Alkoholkonsum auf einer Party	DP – AN	2.09 – 1.69	0.82 – 0.80	0.49	< .001	11.1
Cannabis-Konsum	DP – Zwang	1.90 – 1.22	1.32 – 0.93	0.54	< .001	14.6
	DP – AN	1.90 – 1.21	1.32 – 0.67	0.64	< .001	8.77

DP = Depression F32/F33, $n = 184$; Zwang = Zwangsstörung F42, $n = 36$;

AN = Anorexia nervosa F50.0/1, $n = 154$

3.2.9 Traumatische Erfahrungen in der Kindheit und Jugend

In Tabelle 22 sind die Ergebnisse der Gesamtstichprobe der fünf Subskalen des CTQ im Vergleich zur Validierungsstichprobe dargestellt [70]. Den höchsten Mittelwert erreichte in dieser Studie die Subskala *Emotionale Vernachlässigung*, den geringsten die Subskala *Körperlicher Missbrauch*. Der Vergleich der Mittelwerte der Subskalen *Emotionaler Missbrauch*, *sexueller Missbrauch* und *Emotionale Vernachlässigung* ergab in der eigenen Studie höhere, der Subskalen *Körperlicher Missbrauch* und *Körperliche Vernachlässigung* niedrigere Mittelwerte als die Validierungsstichprobe [70].

Tabelle 22: Gegenüberstellung Gesamtstichprobe eigene Studie ($N_{Ges} = 451$) – Validierungsstichprobe ($N_{Val} = 2500$) des Childhood Trauma Questionnaire

	<i>M (SD)</i> eigene Studie	<i>M (SD)</i> Validierungsstichprobe	<i>d</i>
Emotionaler Missbrauch	10.1 (4.86)	6.49 (2.60)	1.18
Körperlicher Missbrauch	5.72 (1.79)	5.88 (2.18)	0.08
Sexueller Missbrauch	5.84 (2.57)	5.45 (1.66)	0.21
Emotionale Vernachlässigung	10.5 (4.42)	10.1 (4.23)	0.09
Körperliche Vernachlässigung	6.67 (2.27)	8.10 (3.00)	0.49

Range = 5-25

Hinsichtlich der drei größten Hauptdiagnosegruppen zeigten sich in allen fünf Subskalen höhere Mittelwerte bei Patienten mit Depression F32/F33 als bei Patienten mit Zwangsstörung F42 und Anorexia nervosa F50.0/1 (Tabelle 23).

Tabelle 23: Ergebnisse der Unterschiede der Hauptdiagnosegruppen getrennt nach den fünf Subskalen des Childhood Trauma Questionnaire

	Hauptdiagnose- gruppen	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>d</i>	<i>p</i>	<i>SE</i>
Emotionaler Missbrauch	DP – Zwang	11.5 – 8.06	5.25 – 3.99	0.68	< .001	19.6
	DP – AN	11.5 – 8.82	5.25 – 4.15	0.56	< .001	11.7
Körperlicher Missbrauch	DP – Zwang	6.09 – 5.25	2.30 – 0.77	0.39	.026	14.7
	DP – AN	6.09 – 5.33	2.30 – 1.02	0.42	< .001	8.81
Sexueller Missbrauch	DP – Zwang	6.32 – 5.25	3.13 – 0.77	0.37	.040	13.5
	DP – AN	6.32 – 5.43	3.13 – 2.04	0.33	< .001	8.08
Emotionale Vernachlässigung	DP – Zwang	11.4 – 9.03	4.60 – 4.34	0.52	.004	19.6
	DP – AN	11.4 – 9.55	4.60 – 4.18	0.42	< .001	11.8
Körperliche Vernachlässigung	DP – AN	7.03 – 6.31	2.54 – 2.01	0.31	.002	11.2

DP = Depression F32/F33, $n = 184$; Zwang = Zwangsstörung F42, $n = 36$;

AN = Anorexia nervosa F50.0/1, $n = 154$

3.2.10 Stärken und Schwächen

Es ergaben sich in der eigenen Studie in allen fünf Subskalen des SDQ höhere Mittelwerte als in der Validierungsstichprobe (Tabelle 24) [72]. Der Gesamtproblemwert der eigenen Studie betrug 17.7 und der Validierungsstichprobe 10.4 (Range: 0-40) [72].

Tabelle 24: Gegenüberstellung Gesamtstichprobe eigene Studie ($N_{Ges} = 451$) – Validierungsstichprobe ($N_{Val} = 1501$) des Strengths and difficulties Questionnaire

	<i>M (SD)</i> eigene Studie	<i>M (SD)</i> Validierungsstichprobe	<i>d</i>
Emotionale Probleme	7.05 (2.35)	2.73 (2.22)	1.92
Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten	1.96 (1.52)	1.74(1.54)	0.14
Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsprobleme	4.54 (2.19)	3.46 (2.08)	0.51
Probleme mit Gleichaltrigen	4.11 (2.06)	2.45 (1.70)	0.93
Prosoziales Verhalten	8.33 (1.62)	7.36 (1.83)	0.54

Range = 0-10

Patienten mit Depression F32/F33 hatten häufiger emotionale Probleme und Probleme mit Hyperaktivität und Aufmerksamkeit als Patienten mit Zwangsstörung F42 und Anorexia nervosa F50.0/1 (Tabelle 25).

Tabelle 25: Ergebnisse der Unterschiede der Hauptdiagnosegruppen getrennt nach zwei Subskalen des Strengths and difficulties Questionnaire

	Hauptdiagnose- gruppen	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>d</i>	<i>p</i>	<i>SE</i>
Emotionale Probleme	DP – Zwang	7.92 – 6.44	1.69 – 2.60	0.79	.003	19.5
	DP – AN	7.92 – 6.10	1.69 – 2.51	0.87	< .001	11.7
Hyperaktivität/Auf- merksamkeits- probleme	DP – Zwang	5.17 – 3.86	2.07 – 2.21	0.63	.007	19.5
	DP – AN	5.17 – 3.92	2.07 – 2.23	0.58	< .001	11.7

DP = Depression F32/F33, $n = 184$; Zwang = Zwangsstörung F42, $n = 36$;

AN = Anorexia nervosa F50.0/1, $n = 154$

4 Diskussion

4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

In vorliegender Studie konnten wichtige Risiko- und Schutzfaktoren bei psychisch erkrankten stationären Jugendlichen der Schön Klinik Roseneck erfasst werden. Die Ergebnisse bestätigen mit hoher Wahrscheinlichkeit, dass der Großteil der untersuchten Risikofaktoren dieser Stichprobe stärker ausgeprägt ist als in der Allgemeinbevölkerung oder den Validierungsstichproben der einzelnen Fragebögen. Resilienz als Schutzfaktor weist hingegen deutlich geringere Werte auf. Werden die Risiko- und Schutzfaktoren zwischen den drei Hauptdiagnosegruppen Depression F32/F33, Anorexia nervosa F50.0/1 und Zwangsstörung F42 verglichen, zeigt sich fast durchgehend eine größere Belastung der Patientengruppe mit Depression F32/F33.

Zu den identifizierten Faktoren bei psychisch erkrankten stationären Jugendlichen der Schön Klinik Roseneck zählen:

- Weibliches Geschlecht
- Vorrangig besuchter Schultyp: Gymnasium
- Deutsche Staatsangehörigkeit
- Vorrangige Wohnsituation: bei beiden Eltern
- Gemeinsame Aktivitäten mit der Familie pro Woche: 1 Mal bis „nie“
- Ohne feste Tagesstruktur: 39.7 % der Patienten
- Elterliche Konflikte: Konfliktpersistenz, Patient selbst häufiger Konflikthanlass, erschwerte Fähigkeit vermitteln zu können
- Häufigste körperliche Erkrankung bei Verwandten 1. und 2. Grades: Krebserkrankungen
- Häufigste psychische Erkrankungen bei Verwandten 1. und 2. Grades: Depression/Burn out, Suchterkrankungen
- Häufigste genutzte Online-Angebote: Chatten/Austausch in Messengern (z.B. WhatsApp), Online-Communities (z.B. Facebook, Instagram), Video- oder Streamingportale (z.B. youtube)
- Durchschnittliche tägliche Online-Zeit: 3 bis 5 1/2 Stunden
- Mögliche Probleme aufgrund Internetnutzung: Vernachlässigen anderer Interessen oder Freizeitaktivitäten, Streit mit der Familie/mit dem Partner bzw. Freunden, Schlafmangel oder das Vergessen von Mahlzeiten, vergeblicher Versuch soziale Medien weniger zu nutzen
- Onlinesuchtverhalten überwiegend bei Jugendlichen mit affektiven Störungen

- Nutzung sozialer Medien vor allem zur Gefühlsregulation
- Durchschnittlich 5-6 Viktimisierungen (Mobbing, Misshandlung und häusliche Gewalt) pro Patient; 94.2 % der Gesamtstichprobe erlebten mindestens eine Viktimisierung, 65.4 % mindestens vier Viktimisierungen
- Cybermobbing: am häufigsten sexuelle Viktimisierung
- Schulangst: am häufigsten manifeste Angst und Prüfungsangst
- Geringere Resilienz
- Erziehungsverhalten: geringere Wärme und Unterstützung sowie geringere Regeln/Kontrolle, höherer psychologischer Druck
- Überwiegend Nichtraucher, dennoch höherer Raucheranteil als in der Allgemeinbevölkerung; durchschnittliches Alter bei Erstkontakt: 14 Jahre
- Regelmäßiger Alkoholkonsum: knapp 1/4 der Patienten, durchschnittliches Alter bei Konsumbeginn: 15 Jahre; Anstieg von Alkoholkonsum
- Cannabiskonsum: knapp 1/4 der Patienten
- Andere illegale Drogen eher untergeordnete Rolle
- Weiterer Substanzmissbrauch: Medikamente, Schnüffelstoffe wie Lösungsmittel oder Leim
- Traumatische Erfahrungen: emotionale Vernachlässigung, emotionaler Missbrauch, sexueller Missbrauch
- Stärken und Schwächen: mehr prosoziales Verhalten, emotionale Probleme, Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsprobleme, Probleme mit Gleichaltrigen

Folgende Faktoren stehen überwiegend mit der Diagnose Depression F32/F33 in Verbindung:

- Elterliche Konflikte: Konfliktpersistenz, erschwertes Vermitteln
- Körperliche Erkrankung der Eltern: Herz-Kreislauf-Erkrankung
- Psychische Erkrankung der Eltern: Suchterkrankung
- Onlinesuchtverhalten: Onlinespiele (z.B. Rollenspiele, Ego-Shooter), Andere Internetspiele (z.B. Browsergames, Fun Games), Vermeiden unangenehmer Gefühle (z.B. Ärger, Langeweile, Trauer), Nutzung sozialer Medien zur Gefühlsregulation, Vernachlässigen von Freizeitbeschäftigungen, Schlafmangel oder das Vergessen von Mahlzeiten
- Viktimisierungen (Mobbing, Misshandlung und häusliche Gewalt)
- Cybermobbing
- Schulangst: häufiger Prüfungsangst, manifeste Angst und Schulunlust
- Geringere Resilienz

-
- Erziehungsverhalten: geringere Wärme und Unterstützung, höherer psychologischer Druck
 - Rauchen
 - Trunkenheit, großer Alkoholkonsum auf Partys
 - Cannabiskonsum
 - Traumatische Erfahrungen: emotionaler Missbrauch, körperlicher Missbrauch, sexueller Missbrauch, emotionale Vernachlässigung, körperliche Vernachlässigung
 - Stärken und Schwächen: Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsprobleme, emotionale Probleme

Die Zwangsstörung F42 steht mit einer Zwangserkrankung der Eltern sowie mit Onlinesuchtverhalten in Verbindung. Bei Betrachtung der Nutzung von Online-Communities (z.B. Facebook, Instagram) zeigt sich zwischen den drei Hauptdiagnosegruppen Depression F32/F33, Anorexia nervosa F50.0/1 und Zwangsstörung F42 kein Unterschied.

4.2 Diskussion der Methodik

4.2.1 Erstellung der Online-Version des Fragebogensets

Vorliegende Arbeit ist eine Folgestudie zum Thema „Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren bei Jugendlichen am Beispiel der Schön Klinik Roseneck“ von Kunkel [46]. Nach Überarbeitung des 21 Seiten langen Paper-Pencil-Fragebogensets entstand eine neu konzipierte Online-Version aus standardisierten Erhebungsinstrumenten. Aufgrund der Verwendung von bereits validierten Instrumenten lassen sich die Ergebnisse dieser Arbeit gut mit anderen Studiendaten vergleichen. Die Digitalisierung ermöglichte einen ökologischen Umgang mit dem Fragebogen und vereinfachte die anschließende Datenaufbereitung enorm. Die jugendlichen Patienten konnten die Online-Version bequem auf ihrem mobilen Endgerät ausfüllen. Auf diese Weise wurde das sehr ausführliche Fragebogen set von der Mehrheit der Jugendlichen akzeptiert und es zeigte sich eine zufriedenstellende Rücklaufquote von 71.9 %.

4.2.2 Auswahl der Themenbereiche des Fragebogensets

Ein gründliches Abwägen bei der Auswahl der Themenbereiche war erforderlich, damit einerseits umfassend Daten zu literarisch bekannten psychosozialen Risiko- und Schutzfaktoren gewonnen werden konnten und andererseits das Erhebungsinstrument nicht zu lang wurde. Wie Hölling und Schlack betonen, ist es erforderlich, mögliche

Risiko- und Schutzfaktoren zu identifizieren, damit psychische Störungen präventiv vermieden werden können [75]. Erkannte Risikofaktoren können somit abgeschwächt bzw. Schutzfaktoren gestärkt werden, um Resilienz und Gesundheitserhaltung zu fördern [75]. Im Rahmen dieser Studie wurde der Schwerpunkt auf die Risikofaktoren gelegt und nur ein validierter Fragebogen über Resilienz in das Fragebogenset mit aufgenommen. Somit wäre eine Folgeerhebung speziell hinsichtlich Schutzfaktoren und Resilienz bei stationären jugendlichen Patienten sinnvoll. Klasen et al. schreiben zusammenfassend, dass Eltern- und Selbstbeurteilungen wesentlich voneinander abweichen können [12]. Besonders internalisierende Symptome sollten auch aus der Perspektive von Kindern und Jugendlichen erfragt werden, da die Eltern sie niedriger einschätzen [12]. In dieser Studie wurden nur die Patienten ohne die Eltern befragt, weshalb in Folgestudien die Eltern miteinbezogen werden könnten.

4.2.3 Patientenrekrutierung und Erhebungszeitraum

In die Rekrutierung wurden unabhängig von bestimmten Kriterien alle stationär aufgenommenen jugendlichen Patienten der Schön Klinik Roseneck eingeschlossen. Somit ergab sich ein heterogenes Probandenkollektiv, welches den Verhältnissen der Patientenversorgung in der klinischen Praxis am nächsten kommt. Für die Klinikmitarbeiter bedeutete dies eine geregelte organisatorische Durchführung der Studie auf den Stationen. Der Erhebungszeitraum wurde für ein Jahr festgesetzt und erfolgte von Februar 2020 bis Februar 2021. Die Datenerhebung fiel mit dem Beginn der Corona-Pandemie im März 2020 zusammen. Daher waren die Patientenaufnahmen in der Klinik teils reduziert, wodurch eine geringer eingeschlossene Fallzahl resultierte. Hiervon wiederum füllten nicht alle aufgenommenen Patienten das Fragebogenset aus, da sie entweder nicht wollten oder frühzeitig wieder abreisten. Für die Datenanalyse konnten anschließend nur die Hauptdiagnosegruppen Depression F32/F33, Anorexia nervosa F50.0/1 und Zwangsstörung F42 verwendet werden, da diese über ausreichende Fallzahlen verfügten. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich die Wahl der statistischen Untersuchungsverfahren als richtig erwies. Für zusätzliche Erkenntnisse von Risiko- und Schutzfaktoren hinsichtlich weiterer Erkrankungsbilder wäre eine höhere Fallzahl und/oder ein längerer Erhebungszeitraum erforderlich gewesen.

Persönlicher Kontakt zwischen Patienten und Studienmitarbeitern bestand nicht, jedoch konnten unklare Items mit dem Stationspersonal besprochen werden. Da einige Fragen auf frühere Erlebnisse und Empfindungen abzielten, könnte es zu Erinnerungsfehlern gekommen sein. Zudem bestand aufgrund der Pseudonymisierung des Online-Fragebogensets und ggf. Scham die Möglichkeit von sozial erwünschtem

Antwortverhalten. Somit könnte die Schwere der Risikofaktoren eher unterschätzt worden sein. Jedoch weisen die vorliegenden Daten darauf hin, dass stationäre Patienten dennoch belasteter sind.

4.3 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

4.3.1 Stichprobe

4.3.1.1 *Geschlecht, Alter und Behandlungsdiagnosen*

„Die Schön Klinik Roseneck war die erste Einrichtung deutschlandweit, die sich auf die Behandlung von Essstörungen spezialisierte. Heute ist sie in der Therapie von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen führend. Seit 2011 bietet die Klinik auch Kindern und Jugendlichen besondere Behandlungsmöglichkeiten, in einer Spezialabteilung mit den Schwerpunkten Essstörungen, Depressionen, Angst- und Zwangserkrankungen“ [76]. In vorliegender Studie waren 90.5 % aller stationären jugendlichen Patienten weiblich und nur 9.50 % männlich. Jungen sind im stationären Setting der Schön Klinik Roseneck zur Behandlung psychosomatischer Erkrankungen bei Jugendlichen somit deutlich unterrepräsentiert.

Ravens-Sieberer et al. fanden mit der BELLA-Studie heraus, dass 14- bis 17-Jährige die meisten psychischen Auffälligkeiten zeigen (22.2 % der Mädchen und 24.9 % der Jungen) [77]. Diese Zahlen sind auf den ersten Blick vor allem für männliche Jugendliche beunruhigend, da sie in der Stichprobe vorliegender Studie deutlich in der Minderheit sind. Auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten für das Jahr 2017 erhielten Jungen häufiger mindestens eine ambulante F-Diagnose im Jahr als Mädchen. Ab dem 14./15. Lebensjahr kehrt sich der Geschlechtsunterschied um [7]. Laut Steffen et al. weisen Jungen höhere Raten von externalisierenden Störungen auf. Sie erkranken häufiger an ADHS, zeigen mehr aggressives Verhalten und sind häufiger suchtkrank [20]. Klasen et al. nennen bei Mädchen überwiegend psychosomatische Erkrankungen mit höheren Raten von Essstörungen, Depressionen und Ängsten [12]. Die Anorexia nervosa F50.0/1 zeigt einen eindrucklichen Anstieg bei Adoleszenzbeginn, wobei Frauen als Hochrisikogruppe circa zehnmal häufiger betroffen sind als Männer, so die Autoren Cohrdes et al. [27] sowie Bürger und Kaess [4]. Die soeben genannten Aspekte hinsichtlich Geschlecht und Behandlungsdiagnosen könnten eine Erklärung dafür sein, weshalb die größten Diagnosegruppen in vorliegender Studie Depression F32/F33, Anorexia nervosa F50.0/1 und Zwangsstörung F42 einen erheblichen Anteil an Patientinnen aufwiesen. Ihle und Esser nennen Angststörungen sowie dissoziale Störungen als die häufigsten Störungen des Kindes- und Jugendalters [78]. Die

Diskrepanz zu den Häufigkeiten der in vorliegender Studie erhobenen Diagnosen ist höchstwahrscheinlich durch die Spezialisierung der Klinik und die eingeschlossene Altersgruppe verursacht.

4.3.1.2 Derzeitige Tätigkeit und Schulart

Der Großteil der Patienten ging in die Schule (86.7 %), wovon wiederum die Mehrheit (53.9 %) das Gymnasium besuchte. Dieses Ergebnis überrascht, da in zahlreichen Studien von Steinhausen [41], Hohm et al. [79], Lösel et al. [80], Esser und Schmidt [81] sowie Werner [82] eine höhere gedankliche Leistungsebene positiv mit Resilienz verbunden ist, wohingegen niedrigere Intelligenz und schlechtere Schulbildung mit einer größeren Gefahr für psychische Probleme korrelieren. Schützende Faktoren sind laut Job et al. ausgeprägte mentale Flexibilität, wenig Neigung zum Grübeln sowie die Möglichkeit, seine Gedanken umstrukturieren zu können [83]. Fritz et al. bestätigen diese Ansicht [84]. Zudem weisen Job et al. darauf hin, dass höhere Intelligenz diese Fähigkeiten und somit Resilienz begünstigen kann [83]. Es stellt sich daher die Frage, weshalb sich dennoch überwiegend Gymnasiasten in stationärer psychotherapeutischer Behandlung befinden und Kinder aus den niedrigen Sozialschichten in therapeutischen Institutionen deutlich unterrepräsentiert sind. Sind es doch gerade die Kinder aus Familien mit geringem Sozialstatus, die unter Belastungssituationen leiden, so die Autoren Ravens-Sieberer et al. [77], Reiss et al. [85] und Klipker et al. [86] übereinstimmend. Gründe für diese Selektion könnten nach Steinhausen gewisse familiäre Merkmale sein [6]: Eltern aus höherer sozialer Schicht und mit größerer Bildung besitzen vermehrt die Fähigkeiten zur Problemerkennung und -behandlung. Unzureichende oder abweichende elterliche Sicht der Probleme und ablehnende Meinungen gegenüber psychosozialer Unterstützung sowie kulturelle Ausgrenzung erschweren hingegen die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten [6]. Dies könnte dazu führen, dass vor allem Jugendliche aus der höheren Sozialschicht ein Therapieangebot wahrnehmen, da die Problemeinsicht hier stärker ausgeprägt ist und vermutlich mehr Information über Hilfsangebote vorliegt.

Bezüglich Essstörungen ist der von Cohrdes et al. aus der KIGGS Welle 2-Studie dargestellte Aspekt interessant, dass die Korrelation zwischen Bildungsstatus und Symptomen einer Essstörung nicht mehr signifikant ist, wenn weitere Risikofaktoren vorliegen (z.B. verzerrt wahrgenommenes Körperbild, Schwierigkeiten mit Emotionen, geringer Familienzusammenhalt, übertriebener Perfektionismus) [27]. Nach Goodman et al. sind höher gebildete Sozialschichten stärker von Essstörungen betroffen [87]. Zusammenfassend könnten diese Thesen auch eine Erklärung dafür sein, weshalb die Mehrheit der Patienten höhere Schularten besucht.

Im Rahmen vorliegender Studie wäre es sinnvoll gewesen, auch den Bildungs- und Berufsstatus der Eltern abzufragen, da zum Beispiel Arbeitslosigkeit der Mutter ein bedeutender Risikofaktor psychischer Erkrankungen ist [75]. Zudem sollte laut Reiss et al. die derzeitige allgemeine Lebenssituation mit unterschiedlichen Stressoren erhoben werden, da auch diese einen Einfluss auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hat [85]. Der Abbau sozioökonomischer Ungleichheiten und die Förderung von Interventionsmöglichkeiten für Familien mit geringer Bildung der Eltern könnten dazu beitragen, die psychischen Probleme von Kindern abzuschwächen [85].

4.3.1.3 Nationalität/Muttersprache, Wohnsituation und Tagesstruktur

Wie im Kapitel 1.3.3 *Psychosoziale, soziokulturelle und situative Risikofaktoren* dieser Arbeit beschrieben, kann Migration als Risikofaktor für psychische Störungen gelten [41]. Santos-Hövenner et al. vertreten die Ansicht, dass ein Migrationshintergrund an sich jedoch nicht mit einem schlechteren Allgemeinbefinden von Kindern und Jugendlichen verbunden ist [88]. Zusätzliche Faktoren wie zum Beispiel die Dauer des Aufenthalts in Deutschland oder der sozioökonomische Status sollten in Folgeerhebungen miterfasst werden, um deren Einflüsse und Wechselwirkungen weiter beleuchten zu können. Die überwiegende Mehrheit des Patientenkollektivs dieser Arbeit war deutsch. Es stellt sich die Frage, ob zum Beispiel Kommunikations- und Verständnisprobleme, kulturelle Einstellungen gegenüber Hilfsangeboten oder fehlendes Wissen über Therapiemöglichkeiten den äußerst niedrigen ausländischen Patientenanteil bedingen.

Steinhausen nennt ausgeprägte familiäre Konflikte mit chronischer Beziehungsstörung insbesondere auf Partnerebene, Trennungserfahrung und elterliche Scheidung als relevante Risikofaktoren für psychische Störungen [41]. 65.2 % der Patienten vorliegender Studie gaben an, bei den Eltern zu wohnen und 28.4 % mit nur einem Elternteil. Kinder alleinerziehender Eltern haben laut Steinhausen ein circa doppelt so hohes Risiko für abweichendes Verhalten [41]. Hierbei stellt sich jedoch die Frage, ob dies auf das Fehlen eines Elternteils oder auf die Begleitumstände zurückzuführen ist. Vorherige Auseinandersetzungen stellen die größte Belastung dar. Zudem spielt beengte Wohnfläche mit dürftiger Ausstattung eine Rolle, also Kennzeichen sozialer Benachteiligung [41]. Aber auch ein Jugendlicher, der bei beiden Eltern wohnt, kann durch alltägliche Konflikte belastet sein. Hier wäre eine weitere Datenerhebung sinnvoll, um mögliche Zusammenhänge zwischen Belastungsfaktoren und der Wohnsituation zu finden.

Die Frage nach gemeinsamen Aktivitäten mit der Familie beantworteten 30.6 % mit 1 Mal/Woche, gefolgt von 26.1 % mit „Nie“. Eine feste Tagesstruktur war bei 60.3 % der Jugendlichen vorhanden, bei 39.7 % gab es keine. Die erhobenen Daten lassen die

Vermutung aufkommen, dass wenig oder keine gemeinsamen familiären Aktivitäten im Zusammenhang mit psychischen Auffälligkeiten stehen. Da fast jeder zweite Patient keine geregelte Tagesstruktur hatte, ist ein strukturierter Klinikalltag mit festen Zeiten und bekannten Abläufen von großer Bedeutung. Dieser Aspekt sollte im Stationssetting weiter beachtet und Patienten bei aufkommenden Schwierigkeiten besonders unterstützt werden. Gemeinsame Familienzeit und ein gewohnter Tagesablauf stärken den Zusammenhalt und wirken schützend, so der Autor Steinhausen [41].

4.3.2 Elterliche Konflikte

Beim Vergleich der Mittelwerte der Gesamtstichprobe mit solchen von „intakten“ Kernfamilien der Validierungsstichprobe der CPIC zeigte sich, dass die Probanden der eigenen Studie mit mittlerem Effekt eine ausgeprägtere *Konfliktpersistenz* wahrnahmen und sich selbst häufiger als *Konflikthanlass* erlebten [61]. Die Möglichkeit, vermitteln zu können, wurde mit kleinem Effekt geringer eingeschätzt. Beim Vergleich der beiden Stichproben ist jedoch zu beachten, dass in vorliegender Studie das durchschnittliche Alter bei 16 Jahren (Range: 12-19 Jahre) und in der Validierungsstichprobe bei 13.8 Jahren (Range: 10-19 Jahre) lag. 90.5 % der Probanden vorliegender Studie und 48.9 % der Probanden von „intakten“ Kernfamilien waren weiblich. Auf das Gymnasium gingen 53.9 % der Patientenstichprobe und 65.5 % der Validierungsstichprobe [61].

Patienten mit Depression F32/F33 gaben mit mittlerer Effektstärke eine höhere *Konfliktpersistenz* an als Patienten mit Zwangsstörung F42 und konnten mit kleiner Effektstärke weniger gut als Kind vermitteln als Patienten mit Anorexia nervosa F50.0/1. In der Skala *Kind als Konflikthanlass* gab es keine Unterschiede zwischen den drei größten Hauptdiagnosegruppen, jedoch zeigte sich hier mit sehr großer Effektstärke ein Unterschied zwischen der Diagnosegruppe Bulimia nervosa F50.2/3 und der Validierungsstichprobe [61]. Beim Vergleich der Diagnosegruppe Phobische Störungen F40 mit der Validierungsstichprobe zeigte sich in der Skala *Konfliktpersistenz* eine große, in der Skala *Kind als Konflikthanlass* eine sehr große Effektstärke. Die Ergebnisse lassen an die Möglichkeit denken, dass bei den Diagnosegruppen Bulimia nervosa F50.2/3 und Phobische Störungen F40 *Kind als Konflikthanlass* einen Belastungsfaktor darstellt. Da diese beiden Diagnosegruppen in vorliegender Arbeit unterrepräsentiert waren, wären weitere Datenerhebungen mit größeren selektiven Stichproben notwendig. *Konfliktpersistenz* kann vor allem bei Patienten mit Depression F32/F33 und Phobischen Störungen F40 eine wichtige Rolle spielen.

Wie Mills et al. [89] und van Eldik et al. [90] übereinstimmend schreiben, sind destruktive elterliche Auseinandersetzungen seit langem als wesentlicher Risikofaktor für das psychosoziale Wohlergehen und die Gefühlslage von Kindern und Jugendlichen

bekannt. Warmuth et al. thematisieren hierzu, dass interparentale Konflikte auf die gemeinsame elterliche Beziehung übergehen und die Erziehungskompetenz schwächen können, wodurch Fehlanpassungen und emotionale Probleme der Kinder die Folge sind [91]. Jungen neigen nach Ansicht der Autoren Hosokawa und Katsura dazu mit externalisierendem Problemverhalten zu reagieren, wohingegen Mädchen eher internalisierendes Problemverhalten entwickeln [92]. Diese Hypothese würde zu den internalisierenden Störungen des überwiegend weiblichen Anteils der Patientenstichprobe passen. Nach Schermerhorn kann der elterliche Konflikt schwerwiegende Konsequenzen für die Verarbeitung von Emotionen haben, was vor allem bei schüchternen Kindern eine Veränderung der Gefühlserkennung mit sich bringt [93]. Pendry et al. beschreiben, dass hinsichtlich Meinungsverschiedenheiten zwischen den Eltern von Bedeutung ist, auf welche Art und Weise sie diese lösen [94]. Je nach Taktik im Konflikt kann es zu verschiedenen Gefühlsreaktionen bei den Kindern kommen. So würde destruktive Konflikttaktik in Form von verbaler Feindseligkeit und persönlicher Beleidigung mit negativeren Gefühlen einhergehen, während konstruktive Konflikte mit Lösungsfindung Anpassungsprobleme verringert, so die Autoren Pendry et al. weiter [94]. In diesem Zusammenhang wäre es auch von großem Interesse, wie jugendliche Patienten in Konfliktsituationen mit aufkommenden Emotionen umgehen. Neben der *Konfliktpersistenz* scheint das *Kind als Konflikthanlass* ein wichtiger Risikofaktor für ein belastetes Familienklima und psychische Erkrankungen bei Jugendlichen zu sein.

4.3.3 Familienanamnese

Wie in zahlreichen Studien von beispielsweise Kunkel [46], Lenz und Köhler-Saretzki [95], Roustit et al. [96] sowie Ireland und Pakenham [97] beschrieben, sind chronische körperliche und psychische Erkrankungen der Eltern Risikofaktoren für psychische Auffälligkeiten bei ihren Kindern. Wächst nach Schulte-Körne ein Kind in einer Familie mit einem Elternteil mit Depression auf, erhöht sich das Risiko für Angststörungen, schwere Depressionen und Substanzabhängigkeit um das 3 bis 4-Fache [98]. Müller et al. berichten, dass für Verwandte 1. Grades von Kindern und Jugendlichen mit Zwängen das Risiko auch zu erkranken 3- bis 12-fach größer ist als in der Allgemeinbevölkerung [32]. Weissman et al. empfehlen, dass Kinder von Eltern mit Depression als Hochrisikogruppe früh erkannt werden sollten, da somatische und psychische Probleme zeitig anfangen und sich bis ins Erwachsenenalter fortsetzen können [99]. In betroffenen Familien mit psychischer Erkrankung eines Elternteils kommen nach Lenz psychosoziale Risikofaktoren mit wechselseitiger Verstärkung häufiger vor [100]. Wiegand-Grefe et al. sehen die Lebensqualität der Kinder innerhalb der Familie umso belasteter, je schwerer

die Eltern erkrankt sind [101]. Liegen außerdem somatische Krankheiten der Eltern vor, verschlechtert sich die Lebensqualität zusätzlich [101]. Für die weitere Forschung in diesem Bereich wäre die Hochrisikogruppe vorliegender Studie mit deren Familien von großer Bedeutung.

Als häufigste körperliche Erkrankung nannte das Patientenkollektiv bei Verwandten 1. und 2. Grades Krebserkrankungen. Es bestand ein Zusammenhang mit kleinem Effekt von Patienten mit Depression F32/F33 und einer Herz-Kreislauf-Erkrankung der Eltern. Bei den psychischen Erkrankungen von Verwandten 1. und 2. Grades wurden als häufigste Depression/Burn out und Suchterkrankungen angegeben. Eltern von Patienten mit Depression F32/F33 hatten mit kleinem Effekt am häufigsten eine Suchterkrankung. Eine Zwangserkrankung der Eltern stand mit kleinem Effekt mit einer Zwangsstörung F42 in Verbindung. Diese Ergebnisse bestätigen oben genannte Studientheorien. In einer Befragung über belastende Kindheitserlebnisse der deutschen Bevölkerung von Witt et al. wurden unter anderem am öftesten familiärer Alkoholkonsum und Drogenmissbrauch angegeben [102]. Weitere Untersuchungen über mögliche Zusammenhänge von psychischen und somatischen Erkrankungen wären wichtig, da eine Depression auch das Sterberisiko bei Herzinfarkt- und Krebspatienten erhöhen kann, so die Autoren Glassman et al. und Satin et al. im Magazin „Notfall & Hausarztmedizin“ [103].

4.3.4 Onlinesuchtverhalten und Mediennutzung

Zusammenfassend lässt sich erkennen, dass vor allem Patienten mit Depression F32/F33 und Zwangsstörung F42 Online-Angebote zu lange anwendeten. Chatten/Austausch in Messengern (z.B. WhatsApp), Online-Communities (z.B. Facebook, Instagram) und Video- oder Streamingportale (z.B. youtube) wurden hierbei am häufigsten genutzt. Bei Betrachtung der Nutzung von Online-Communities (z.B. Facebook, Instagram) zeigte sich interessanterweise zwischen den drei Hauptdiagnosegruppen kein Unterschied. Hier sei von Perloff erwähnt, dass gerade bei jugendlichen Essstörungspatienten Zusammenhänge zwischen der Nutzung von Online-Communities und Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper bestehen [104].

Speziell bei Patienten mit Depression F32/F33 scheinen folgende Aspekte hinsichtlich Onlinesuchtverhalten und Mediennutzung relevant zu sein: *Onlinespiele* (z.B. Rollenspiele, Ego-Shooter) und *Andere Internetspiele* (z.B. Browsergames, Fun Games), Nutzung sozialer Medien zur Gefühlsregulation (Vermeiden unangenehmer Gefühle wie z.B. Ärger, Langeweile, Trauer), Vernachlässigen von Freizeitbeschäftigungen und gesundheitliche Probleme.

Die tägliche Online-Zeit in Stunden der Hauptdiagnosegruppen betrug im Durchschnitt 3 bis 5 1/2 Stunden. In der DAK-Studie „WhatsApp, Instagram und Co. – so süchtig macht Social Media“ mit 1.001 deutschen Kindern und Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren lag die durchschnittliche Nutzungsdauer pro Tag bei 2 3/4 Stunden [105]. Auch hier wurde mit WhatsApp und Instagram die meisten Zeit verbracht [105]. Jeweils 1/3 der Gesamtstichprobe vorliegender Studie vernachlässigte andere Interessen oder Freizeitaktivitäten, bekam Probleme mit der Familie/mit dem Partner bzw. Freunden (z.B. Streit) und hatte durch die Internetnutzung Probleme mit der Gesundheit wie Schlafmangel oder das Vergessen von Mahlzeiten. Dies bestätigten nur ca. 1/5 aller Befragten der DAK-Studie [105]. Jeweils 1/5 der Gesamtstichprobe vorliegender Studie hatte innerhalb des letzten Jahres vergeblich versucht, Social Media weniger zu nutzen und vernachlässigte andere Freizeitbeschäftigungen, weil es so mit der Social Media-Nutzung beschäftigt war. Hier waren es bei den Befragten der DAK-Studie jeweils nur 14 und 5 % [105]. 65 % der Gesamtstichprobe vorliegender Studie hatten Social Media oft genutzt, wenn sie traurig waren oder sich schlecht gefühlt hatten. Das Item der SMD Scale zum Thema Gefühlsregulation („...Social Media oft genutzt, wenn Sie traurig waren oder Sie sich schlecht gefühlt haben?“) wurde von allen drei Hauptdiagnosegruppen jeweils am häufigsten bejaht. In der DAK-Studie wurde in diesem Item danach gefragt, ob oft soziale Medien genutzt wurden, um nicht an unangenehme Dinge denken zu müssen. 34 % bestätigten diese Aussage [105].

Die Resultate scheinen darauf hinzuweisen, dass psychisch erkrankte Jugendliche ein stärkeres Onlinesuchtverhalten zeigen als eine gesunde Vergleichsstichprobe [105]. Müller et al. bestätigen die Vermutung, dass gerade unter psychisch vorbelasteten Jugendlichen mit affektiven Störungen Internetsucht als zusätzliches psychopathologisches Merkmal vorkommt [106]. Weiterhin ist es höchst wahrscheinlich, dass die Nutzung sozialer Medien vor allem zur Gefühlsregulation dient. Müller erfasst diesen Aspekt recht treffend: „Ein früher Umgang mit den neuen Medien [...] und der verinnerlichten Haltung, dass Computerspiele und andere Medien einen Zufluchtsort darstellen, der das Individuum vor Langeweile, Unsicherheit, Traurigkeit oder Frustration schützt, scheint einen späteren dysfunktionalen Umgang mit internetbasierten Aktivitäten vorherzusagen“ [107]. Die übermäßige Verwendung sozialer Medien wird von Lemmens et al. mit geringem Selbstbewusstsein und wenig Sozialkompetenz assoziiert [108]. Eine Übersichtsarbeit von Carli et al. kam zu dem Schluss, dass vor allem Depression mit pathologischem Internetgebrauch in Verbindung steht [109]. In einer großen europäischen Schüleruntersuchung von Müller et al. zeigten Probanden mit übermäßigem Nutzungsverhalten sozialer Medien internalisierende Probleme (Ängstlichkeit, Depressivität, soziale Zurückgezogenheit), schlechtere Schulleistungen

und ein geringes Ausmaß an Freizeitinteressen und -aktivitäten [110]. Mößle und Föcker bestätigen diese Annahmen [111]. Als weitere Risikofaktoren für die Nutzung von Medien durch Jugendliche nennen Grund und Schulz einen geringen sozioökonomischen Status, Migrationshintergrund, niedrige Sozialkompetenzen, unangemessenes Erziehungsverhalten sowie psychische Belastungen mütterlicherseits [112]. In der Therapie psychosomatisch erkrankter Jugendlicher ist es somit von enormer Bedeutung, Onlinesucht mit all ihren möglichen Zusammenhängen zu berücksichtigen.

4.3.5 Mobbing und Cybermobbing

Der addierte Gesamtscore der drei Subskalen *Viktimisierung durch Gleichaltrige und die Gemeinschaft*, *Misshandlung durch Bezugspersonen* und *Exposition gegenüber häuslicher Gewalt* ergab für die Gesamtstichprobe einen Mittelwert von 5.63, wonach durchschnittlich fünf bis sechs Viktimisierungen pro Patient erlebt wurden. 94.2 % der Gesamtstichprobe berichteten mindestens eine Viktimisierung, 65.4 % mindestens vier Viktimisierungen. Die nationale Validierungsstichprobe des JVQ mit 2.030 zufällig ausgewählten Kindern und Jugendlichen zwischen 2 und 17 Jahren ergab, dass 71 % mindestens eine Viktimisierung in einem Jahr erlebten, mit einem Durchschnitt von 2.63 Viktimisierungen pro Befragtem [51]. Aufgrund der unterschiedlichen Altersspanne und Größe der beiden Stichproben (12-19 Jahre versus 2-17 Jahre; 451 versus 2.030) ist der Vergleich dieser Zahlen vorsichtig zu interpretieren. Beim Vergleich der drei Hauptdiagnosegruppen zeigte sich, dass Patienten mit Depression F32/F33 mit mittlerer Effektstärke häufiger Viktimisierung erlebt hatten als Patienten mit Zwangsstörung F42 und Anorexia nervosa F50.0/1. Witt et al. führten eine bevölkerungsrepräsentative Studie für Deutschland zu belastenden Kindheitserlebnissen mit dem Fragebogen „adverse childhood experiences“ durch [102]. 43.7 % der Befragten berichteten mindestens ein belastendes Kindheitserlebnis, 8.90 % vier oder mehr [102]. Es lässt sich somit schlussfolgern, dass psychisch erkrankte stationäre Jugendliche mehr von Viktimisierung wie Mobbing, Misshandlung und häuslicher Gewalt betroffen sind als Kinder und Jugendliche in der Allgemeinbevölkerung. Die Diagnosegruppe Depression F32/F33 ist hierdurch am meisten belastet.

In einer systematischen Übersichtsarbeit von Haahr-Pedersen et al. wurden Zusammenhänge zwischen Polyviktimisierung und Psychopathologie bei normativen Kinder- und Jugendstichproben untersucht [63]. Kaess und Jantzer betonen, dass Polyviktimisierung ein erheblicher Risikofaktor für internalisierende und externalisierende Probleme wie Depression, Wut/Aggression, Angst, posttraumatische Belastungsstörung, Selbstverletzung und Suizidalität ist [113]. Daher sollten bei Patienten mit ängstlich-depressiver Symptomatik, Selbstverletzung und Suizidgedanken

stets Mobbing Erfahrungen mit abgefragt werden. In einer weiteren Studie nennen Jantzer et al. zudem ein größeres Risiko für Emotionsstörungen und schulische Beeinträchtigung bei Mobbing durch Gleichaltrige in der Schule [114]. Mobbing als signifikanter Risikofaktor für negative gesundheitliche Folgen geht in der deutschen Allgemeinbevölkerung mit einer erhöhten Inanspruchnahme von Behandlungen einher, so zu finden bei Brown et al. [115].

Cassidy et al. machen darauf aufmerksam, dass auch Cybermobbing eine alarmierende Form von Mobbing darstellt, welches sich in den letzten Jahren weltweit rasant verbreitet hat [116]. Wie Jantzer et al. schreiben, sind die psychosozialen Konsequenzen dieses Risikofaktors mit denen des traditionellen Mobbings gleichzusetzen [114]. Hinduja und Patchin bestätigen im Hinblick auf Selbstmordgedanken und Suizidversuche, dass Jugendliche, die Mobbing oder Cybermobbing erlebt haben, gefährdeter sind als diejenigen, die keine derartigen Formen der Aggressivität durch Gleichaltrige erlebt haben [117]. In vorliegender Studie erreichte die Subskala *Sexuelle Online-Viktimisierung* den höchsten Wert. Dies könnte vermutlich am hohen weiblichen Anteil der Gesamtstichprobe liegen. Nach Tynes und Williams sind weibliche Jugendliche mehr von *Sexueller Viktimisierung* betroffen als männliche Jugendliche [52]. In allen vier Subskalen erfuhren Patienten mit Depression F32/F33 mit kleiner bis mittlerer Effektstärke häufiger Cybermobbing als Patienten mit Anorexia nervosa F50.0/1. Hinsichtlich *Allgemeiner* und *Sexueller Online-Viktimisierung* zeigte sich ein Unterschied mit kleiner Effektstärke zu Patienten mit Zwangsstörung F42. Auch bezüglich Cybermobbing scheint es, als sei die Diagnosegruppe Depression F32/F33 am stärksten betroffen.

4.3.6 Schulangst

Am häufigsten wurden von der Gesamtstichprobe *Manifeste Angst* und *Prüfungsangst* angegeben. Der Vergleich der drei größten Hauptdiagnosegruppen zeigte, dass Patienten mit Depression F32/F33 mit großer Effektstärke häufiger *Prüfungsangst*, *Manifeste Angst* und *Schulunlust* hatten als Patienten mit Zwangsstörung F42 und Anorexia nervosa F50.0/1. Bei der Forschung über Zusammenhänge von Schule und psychischen Störungen sind laut Steinhausen das Schulklima und der Schultyp von Bedeutung [41]. Ein negativ erlebtes Schulklima mit Leistungs- und Konkurrenzdruck sowie mangelndem Vertrauen kann die psychische Befindlichkeit hinsichtlich Verhaltens- und Emotionsproblemen belasten [41]. Das Erleben als Opfer von Mobbing durch Mitschüler und Überlastung durch die Lernanforderungen nennt Bilz hierbei als stärkste Wirkfaktoren [118]. Eine sicher erlebte Schulumwelt mit Förderung der Selbstwirksamkeit und Problemlösefertigkeiten kann eine bessere Ausbildung gestalten,

so die Autoren Wang und Degol [119]. Nach Steinhausen findet sich ein solches Schulklima überwiegend an Gymnasien [41]. Interessant ist hier, dass die Mehrheit der Patienten vorliegender Studie (53.9 %) das Gymnasium besuchte. Dies impliziert eine komplexe Wechselwirkung zwischen individuellen bio-psycho-sozialen Faktoren der Jugendlichen und der Schulumwelt.

Petermann verbindet Schulangst zumeist mit sozialen oder leistungsbezogenen Ängsten [64]. Die Kinder haben eine Selbstregulationsschwäche oder befürchten bei Leistungsanforderungen zu scheitern. Sie zeigen körperliche Symptome wie Bauch- oder Kopfschmerzen, Schlafstörungen und häufiger Probleme mit Gleichaltrigen aufgrund sozialer Unsicherheit. Resultierendes Rückzugsverhalten verstärkt den Teufelskreis [64]. Tayfur et al. führen an, dass Verhaltens- und Peerprobleme dazu führen können, dass man als junger Erwachsener aus der beruflichen Bildung ausscheidet, wodurch sich viele verschiedene Probleme im Lebenslauf ergeben [120]. Weitere Ursachen von Schulängsten sind nach Petermann zum Beispiel private Veränderungen (Umzug mit Schulwechsel, elterliche Trennung), Teilleistungsstörungen, Mobbing oder traumatische Erlebnisse [64]. Diese Risikofaktoren sollten mitbetrachtet werden. Differentialdiagnostisch können laut Quiroga et al. unter anderem auch depressive Symptome zu Schwierigkeiten mit dem Schulbesuch führen [121]. In diesem Fall sollten die Symptome jedoch auch außerhalb der Schulzeit zu beobachten sein. Wiederholung der Klasse, frühzeitiges Ausscheiden aus der Schule und sonderpädagogischer Förderbedarf können die Folge sein [121]. Die Unterscheidung von sozialer Phobie und Depression als Ursache von Ängsten vor der Schule mit Vermeidungsverhalten ist wichtig.

Hanisch und Thomas betonen, dass bei der Behandlung vieler psychischer Störungsbilder das Thema Schule miteinbezogen werden muss [122]. Wegen ihres Erziehungs- und Bildungsauftrages haben Schulen die ausdrückliche gesetzliche Vorgabe, auch für das psychische Wohlbefinden aller Schüler Verantwortung zu übernehmen [122]. Schulisches Setting ist für die Entwicklung psychischer Gesundheit von zentraler Bedeutung [123]. Nach Hale et al. muss stärker anerkannt werden, dass Gesundheit einen Hauptbereich von Schulen darstellt, welcher zur Steigerung von Leistung und wirtschaftlicher Produktivität beiträgt [18]. Ravens-Sieberer et al. thematisieren bei ihrer Vorstellung der Ergebnisse der COPSY-Studie, dass zahlreiche Studien bereits belegen, dass Lockdown- und Isolationsmaßnahmen während der Corona-Pandemie und somit auch die Schulschließungen die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gefährden [124]. Die Autoren empfehlen dringend, in Zukunft bei Infektionswellen und Beschlüssen die Belastungen und Bedürfnisse von Familien vermehrt zu beachten [124].

4.3.7 Resilienz

Mit sehr großer Effektstärke unterschied sich der Mittelwert der Gesamtstichprobe vom Mittelwert der bevölkerungsbasierten Validierungsstichprobe [65]. Es scheint, dass stationäre jugendliche Patienten deutlich weniger Resilienz aufweisen als gesunde Erwachsene im Alter von 18-75 Jahren. Die wahrscheinliche Ursache für die erwartete starke Diskrepanz der Ergebnisse ist die Gegenüberstellung des hoch selektierten Patientenkollektivs mit den zufällig ausgewählten Personen aus der Allgemeinbevölkerung. Der Vergleich der beiden Stichproben sollte jedoch aufgrund der unterschiedlichen Altersklassen vorsichtig interpretiert werden. Patienten mit Depression F32/F33 waren mit mittlerem Effekt weniger resilient als Patienten mit Anorexia nervosa F50.0/1. Dieses Ergebnis legt nahe, dass gering ausgeprägte Resilienz insbesondere für depressive Patienten einen bedeutenden Einflussfaktor darstellt. Gestützt wird diese Annahme von Karpinski et al.: emotionale Schwierigkeiten stehen mit niedrigerer Resilienz im Jugendalter in Verbindung [125]. Zudem hängt von Erwachsenen geringere eingeschätzte Resilienz mit Ängsten und Depression zusammen [125].

Die erhobenen Daten passen auch zu den Befunden von Job et al., dass resiliente Jugendliche schon früh einen lebhafteren Charakter haben, eine höhere mentale Leistungsebene, bessere Kontrolle über sich selbst und weniger externalisierende Probleme zeigen als unangepasste Jugendliche [83]. Im Hinblick auf die Intelligenz als Schutzfaktor wäre ein weiterer interessanter Aspekt die Analyse von Zusammenhängen zwischen den Hauptdiagnosegruppen dieser Studie und der Art der besuchten Schule, wobei hier auch die Schulnoten berücksichtigt werden sollten. Ein Review von Mesman et al. besagt, dass mehr Resilienz mit weniger psychischen Auffälligkeiten einhergeht, trotz Abweichungen der Studieninstrumente und -populationen [126]. Dies bestärkt die Empfehlung, dass Resilienz bei der Untersuchung der Psychopathologie von Kindern und Jugendlichen systemübergreifend betrachtet werden sollte. Individuelle, soziale, familiäre und kulturelle Faktoren müssten miteingeschlossen werden [126]. In der Bielefelder Invulnerabilitätsstudie von Lösel et al. zeigten resiliente Jugendliche schützende Faktoren wie zum Beispiel realistische Zukunftsaussichten, hohes Selbstwertgefühl oder ausgeprägte Leistungsmotivation [80]. Auch waren sie zufriedener mit der sozialen Einbindung und der Beziehungsgestaltung außerhalb der Familie [80]. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Fritz et al. in ihrem Review über Resilienzfaktoren, die zwischen ungünstigen Kindheitsverhältnissen und psychischer Gesundheit bei Jugendlichen vermitteln können [84]. Insbesondere bei stationären jugendlichen Patienten als Hochrisikogruppe sind umfassende Datenerhebungen zu Schutzfaktoren und Resilienz notwendig, um weitere Ansatzpunkte zur Prävention von Psychopathologie gewinnen zu können.

4.3.8 Erziehungsverhalten

Es gilt laut Azman et al. als gesichert, dass die Erziehungsstile von Müttern und Vätern im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen steht [66]. Das elterliche Erziehungsverhalten wurde von Reitzle et al. anhand 877 Schülern (51.5 % Männer, 48.5 % Frauen; Alter: 10.7-17.9 Jahre) in der Schweiz beurteilt [55]. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass ein hohes Maß an elterlicher Unterstützung mit positiven Entwicklungsergebnissen der Kinder korrespondiert, während ein höherer psychologischer Druck mit einem ungünstigeren Ergebnis verbunden war [55]. Die Resultate vorliegender Studie stützen diese These, da die Patientenstichprobe die Subskalen *Wärme und Unterstützung* und *Regeln/Kontrolle* niedriger, die Subskala *Psychologischer Druck* höher als die Validierungsstichprobe empfand (mit kleiner und mittlerer Effektstärke) [55]. Die beiden Stichproben lassen sich gut gegenüberstellen, da die Altersspanne der Probanden recht ähnlich ist.

Schulz et al. betonen den bedeutsamen Einfluss der Eltern-Kind-Beziehung auf die psychosoziale Entwicklung eines jungen Menschen [127]. Familiäre Kohäsion bedeutet als Schutzfaktor unterstützende, fürsorgliche und verlässliche Umgangsformen in der Familie, wohingegen Auseinandersetzungen und Überbehütung Risikofaktoren für internalisierende und externalisierende Probleme darstellen [127]. Nach Baumrind hat der autoritative Erziehungsstil eine förderliche Wirkung auf die Autonomieentwicklung von Jugendlichen [128]. Dieser zeigt ein hohes Maß an *Wärme und Unterstützung* und *Kontrolle* durch klare und erklärbare Verhaltensregeln, sowie minimalen *Psychologischen Druck*. Steinberg nennt in diesem Zusammenhang bessere Leistungen in der Schule, größeres Selbstbewusstsein, weniger Depressivität und Ängstlichkeit sowie weniger Konsum von Drogen und Kriminalität [129]. Ungünstiges Erziehungsverhalten durch die Mutter mit starker psychologischer Kontrolle, geringer Unterstützung und strenger Erziehung hingegen kann eine verzögerte Entwicklung der Identität und internalisierende Störungen wie Depression oder Angststörung zur Folge haben, so die Autoren Seiffge-Krenke und Escher [130]. Zusammenfassend untermauert die genannte Literatur die in vorliegender Studie erhobenen Daten. Vor allem Patienten mit Depression F32/F33 sind belastet, da sie vonseiten beider Elternteile mit kleiner Effektstärke geringere *Wärme und Unterstützung* und vermehrt *Psychologischen Druck* erfuhren als Patienten mit Anorexia nervosa F50.0/1. Auch in der Kategorie *Wärme und Unterstützung* durch die Mutter sind Patienten mit Depression F32/F33 mit kleiner Effektstärke belasteter als Patienten mit Zwangsstörung F42.

4.3.9 Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum

52.5 % der Gesamtstichprobe haben noch nie geraucht. Im Durchschnitt waren die Patienten beim Erstkonsum 14 Jahre alt. Zum aktuellen Rauchverhalten gaben 82.5 % an, nicht zu rauchen, 10 % ab und zu und 7.50 % jeden Tag. Patienten mit Depression F32/F33 konsumierten mit kleiner Effektstärke häufiger Tabak als Patienten mit Zwangsstörung F42 und Anorexia nervosa F50.0/1. Diese Daten lassen sich sehr gut mit der Patientenstichprobe von Kunkel vergleichen [46]. Hier berichteten ähnlich viele Patienten, noch nie geraucht zu haben (51.5 %) und das Alter beim Erstkonsum lag im Mittel bei 14 Jahren. 50.3 % rauchten aktuell nicht, 16.9 % ab und zu und 32.8 % jeden Tag [46]. Innerhalb von 2 Jahren zeigt sich somit ein deutlicher Rückgang des regelmäßigen Konsums von Tabakzigaretten psychisch erkrankter stationärer Jugendlicher. Im Vergleich zu einer Stichprobe von 1.829 9- bis 18-jährigen deutschen Kindern und Jugendlichen der LIFE-Kinderkohortenstudie von Frobel et al. liegt dennoch der Raucheranteil vorliegender Studie höher (6.23 % versus 17.5 %) [131]. Das Robert Koch-Institut [132], Schepker [133], Werse et al. [134] sowie Schlack und Petermann [135] bestätigen den rückläufigen Trend von Tabakzigaretten auch in der Allgemeinbevölkerung. Jedoch stoßen stattdessen laut Orth und Merkel Wasserpipeen, E-Zigaretten und E-Shishas unter Jugendlichen auf zunehmend positive Resonanz [136]. Daher ist die Berücksichtigung dieser Artikel in der Raucherprävention wichtig [136]. Werden Zusammenhänge zwischen Rauchen und der Schulart untersucht, ist nach Kuntz et al. der Raucheranteil unter den Jugendlichen in allen Bildungsgruppen signifikant zurückgegangen [137]. Lampert und Thamm beschreiben, dass Jugendliche an Gymnasien deutlich seltener rauchen als Gleichaltrige anderer Schulformen – Jugendliche aus Familien mit niedrigerem Sozialstatus rauchen häufiger [56]. Der hohe Anteil an Schülern und Gymnasiasten in vorliegender Studie kann die große Anzahl an Nichtrauchern mitbedingen.

Die Mehrheit der Patienten vorliegender Studie mit 88.4 % gaben an, bereits Alkohol probiert zu haben und 21.5 % tranken regelmäßig Alkohol mit einem durchschnittlichen Anfangsalter von 15 Jahren. Der Verzehr von Alkohol unter psychisch erkrankten stationären Jugendlichen ist gestiegen, da bei Kunkel 83.1 % der Patienten bereits Alkohol probiert hatten und 10.6 % regelmäßigen Alkoholkonsum tranken [46]. In einer Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung von 2015 haben deutlich weniger Jugendliche aus der Allgemeinbevölkerung (63.4 % und 68 %) zwischen 11 bzw. 12 und 17 Jahren bereits Alkohol probiert [138]. Diskrepanzen zeigen sich hinsichtlich des regelmäßigen Konsums: hiervon berichteten 38.6 % männliche und 22.2 % weibliche Probanden der KiGGS-Studie von 2007 [56] und 10.6 % der Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung von 2015 [138]. Dieser ist laut Lampert

und Thamm zudem abhängig von Geschlecht und Alter: Jungen trinken häufiger regelmäßig Alkohol als Mädchen und ab dem 14. Lebensjahr steigt der regelmäßige Konsum deutlich an [56]. In der Mannheimer Risikokinderstudie untersuchten Hohm et al. den Erstkonsum von Alkohol in der Pubertätszeit und damit assoziierte Alkoholprobleme als junge Erwachsene [139]. Es konnte geschlussfolgert werden, dass ein Beginn des Konsums während der Pubertät als Risikofaktor gilt. Wird in der Erziehung jedoch Selbständigkeit gewährt, kann der genannte Effekt bei Betroffenen abgeschwächt werden [139]. Diese Aspekte müssen beim Vergleich der Studienstichproben mitberücksichtigt werden. Patienten mit Depression F32/F33 sind mit mittlerer Effektstärke häufiger stark betrunken und größere Alkoholkonsumenten auf Partys als Patienten mit Anorexia nervosa F50.0/1. Solche Unterschiede lassen sich aufgrund des für Anorexie-Patienten typischen restriktiven Ess- und Konsumverhaltens gut erklären.

Knapp 1/4 der Gesamtstichprobe hatte bereits Kontakt mit dem Konsum von Cannabis. In der Studie von Kunkel berichteten hiervon 19.3 % [46]. Die KiGGS-Studie von 2007 mit Jugendlichen aus der Allgemeinbevölkerung zwischen 11 bzw. 12 und 17 Jahren gab den deutlich niedrigeren Konsum von Cannabis mit 9,20 % der Jungen und 6,20 % der Mädchen und für beide Geschlechter mit 9.70 % an [56]. In der Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung von 2015 war der Cannabiskonsum im Alter von 9-18 Jahren mit 3.94 % noch geringer [138]. Patienten mit Depression F32/F33 konsumierten mit mittlerer Effektstärke häufiger Cannabis als Patienten mit Zwangsstörung F42 und Anorexia nervosa F50.0/1. Andere illegale Drogen spielen für die psychisch erkrankten stationären Jugendlichen eine untergeordnete Rolle. 2007 war die Verbreitung des Gebrauchs von Medikamenten (0.20 % bzw. 1 %) oder Schnüffeln von Lösungsmitteln und Leim (1 % bzw. 1.60 %) gering, so die Autoren Lampert und Thamm [56]. In vorliegender Studie zeigte sich jedoch ein deutlich höherer Gebrauch dieser Substanzen mit 13.1 % und 6.20 %. Bei den Medikamenten werden laut Schepker aktuell Benzodiazepine als „Ersatzdroge“ unter den Jugendlichen vertrieben [133]. Der Jahresbericht 2014 über Drogentrends in Frankfurt am Main von Werse et al. schildert, dass der Konsum von Schnüffelstoffen relativ häufig verbreitet ist: 10 % der 15- bis 18-jährigen Frankfurter Schüler haben diese mindestens einmal ausprobiert [134].

Zusammenfassend lässt sich im Vergleich zu Jugendlichen aus der Allgemeinbevölkerung schlussfolgern, dass Jugendliche vorliegender Studie als Risikogruppe bezüglich des Konsums von Tabakzigaretten, Alkohol und illegalen Drogen gelten. Patienten mit Depression F32/F33 sind hiervon am meisten betroffen. Lambert et al. führen an, dass der Substanzkonsum im Kindes- und Jugendalter weiterhin ein Problem für die Gesundheit darstellt und sich bei frühem Erstkonsum später

eine Suchterkrankung manifestieren kann [16]. Frobel et al. machen darauf aufmerksam, dass Zigaretten- und vermehrter Alkoholkonsum mit einem größeren Wohlbefinden hinsichtlich sozialer Stütze und Umgang zu Gleichaltrigen zusammenhängen [131]. Dieser Aspekt deutet darauf hin, dass die Peergruppe einen bedeutenden Einfluss haben kann und dies nicht unterschätzt werden darf.

4.3.10 Traumatische Erfahrungen in der Kindheit und Jugend

In vorliegender Arbeit zeigten die Mittelwerte der fünf Subskalen des CTQ im Vergleich zu den Mittelwerten von Kunkel allesamt höhere Werte [46]. Die Subskala *Emotionale Vernachlässigung* hatte in beiden Studien den höchsten, *Körperlicher Missbrauch* den niedrigsten Mittelwert. Zudem fiel auf, dass Patienten mit Depression F32/F33 in allen fünf Subskalen höhere Werte als die anderen Hauptdiagnosegruppen aufwiesen. Da in beiden Erhebungen das Patientenkollektiv sehr ähnlich war, ließen sich diese Ergebnisse gut miteinander vergleichen [46].

Die bevölkerungsrepräsentative Validierungsstichprobe von Klinitzke et al. umfasste 2.500 zufällig ausgewählte Probanden mit einem Durchschnittsalter von 50.6 Jahren (Range: 14-90 Jahre) [70]. 53.2 % waren Frauen. Der Vergleich der Mittelwerte der Subskalen *Emotionaler Missbrauch*, *Sexueller Missbrauch* und *Emotionale Vernachlässigung* ergab in der eigenen Studie höhere, der Subskalen *Körperlicher Missbrauch* und *Körperliche Vernachlässigung* erstaunlicherweise niedrigere Mittelwerte als die Validierungsstichprobe [70]. Besonders die Gegenüberstellung der Subskala *Emotionaler Missbrauch* zeigte eine sehr große, der Subskala *Sexueller Missbrauch* eine kleine Effektstärke. Die Vergleichbarkeit der beiden Stichproben ist jedoch eingeschränkt, da in vorliegender Studie das durchschnittliche Alter bei 16 Jahren (Range: 12-19 Jahre) lag und 90.5 % der Probanden weiblich waren. Zudem unterschied sich die Anzahl der untersuchten Probanden (2.500 versus 451) [70].

Die Ergebnisse scheinen zusammenfassend darauf hinzuweisen, dass *Emotionaler Missbrauch*, *Emotionale Vernachlässigung* und *Sexueller Missbrauch* bedeutende Risikofaktoren im Hinblick auf die Ätiologie psychischer Erkrankungen bei stationären Jugendlichen sind. Witt et al. untersuchten anhand des CTQ die Langzeitfolgen von Kindesmisshandlung in einer deutschen Stichprobe mit 2.510 Probanden (Durchschnittsalter 48.4 Jahre, 53.3 % Frauen) [140]. Sie verdeutlichten, dass das gleichzeitige Vorkommen verschiedener Arten von Kindesmisshandlung einen wichtigen Aspekt für eine risikoreiche Entwicklung darstellt. Besonders die bisher noch wenig berücksichtigte Form *Emotionaler Missbrauch* kann von großer Bedeutung bei negativen psychischen und somatischen Folgen sein. Daher sollte bei Präventions- und Interventionsstrategien eine gründliche Anamnese auch Misshandlung miteinschließen

[140]. In einer Studie über belastende Kindheitserlebnisse der deutschen Bevölkerung von Witt et al. wurden unter anderem *Emotionale Vernachlässigung* und *Emotionale Misshandlung* am häufigsten genannt [102]. In einer weiteren Studie über Kindesmisshandlung einer repräsentativen deutschen Stichprobe schreiben die Autoren Witt et al., dass *Körperliche Vernachlässigung* in der deutschen Bevölkerung über 70 Jahre weit verbreitet ist [141]. Frauen scheinen mehr von *Emotionalem* und *Sexuellem Missbrauch* betroffen zu sein als Männer [141]. Chen et al. merken an, dass einem erstaunlichen Anteil der erwachsenen Allgemeinbevölkerung *Sexueller Missbrauch* in Einrichtungen wie Schule oder Verein widerfahren ist [142]. Dieser ist mit vielfältigen psychischen Erkrankungen wie Angststörung, Depression, Essstörung, posttraumatischer Belastungsstörung, Schlafstörung und Suizidversuchen assoziiert [142]. Daher betonen Witt et al. die besondere Bedeutung der Erarbeitung von Schutzvorkehrungen [143].

Die erhobenen Daten dieser Studie passen auch zu der Ansicht von Ou et al., dass schwerere Kindesmisshandlung schwerere Zwangsstörungssymptome und depressive Symptome nach sich ziehen kann [144]. Bei den Subskalen war *Emotionaler* und *Sexueller Missbrauch* mit dem Schweregrad von Zwangssymptomen verbunden [144]. Boger et al. nennen im Zusammenhang mit Kindesmisshandlung Schwierigkeiten bei der Gefühlsregulation, Angst in engen Beziehungen, Grübeln, dissoziative und posttraumatische Symptome [145]. Traumata in der Kindheit, insbesondere wenn sie früh und häufig erlebt werden, werden laut Cross et al. mit neurobiologischen Veränderungen in Verbindung gebracht [146]. Da Patienten mit Depression F32/F33 mit kleiner bis mittlerer Effektstärke in allen fünf Subskalen die höchsten Mittelwerte zeigten, ist es äußerst wahrscheinlich, dass besonders auch diese Patientengruppe durch traumatische Erfahrungen belastet ist. Infurna et al. bestätigten den Zusammenhang von depressiven Erkrankungen mit *Emotionalem Missbrauch* und *Vernachlässigung* [147]. Nach Petermann und Brähler treten als Spätfolgen von Kindheitstraumen vor allem affektive Fehlregulation und schwieriges Verhalten auf (z.B. aggressiv-dissozial oder essgestört) [148]. Afifi et al. kommen zu dem Schluss, dass die Formen der Kindesmisshandlung, die hauptsächlich mit einer Essstörung assoziiert sind, *Sexueller Missbrauch* und *Körperliche Vernachlässigung* bei Männern und *Sexueller Missbrauch* und *Emotionaler Missbrauch* bei Frauen sind [149]. Hinsichtlich dieser Zusammenhänge wären weitergehende Studien speziell bei der Gruppe der stationären Essstörungspatienten von Interesse.

4.3.11 Stärken und Schwächen

Die Auswertung der Gesamtstichprobe ergab in allen fünf Subskalen sowie in der Gesamtproblemskala des SDQ höhere Mittelwerte als die Validierungsstichprobe von Lohbeck et al. mit 1.501 Kindern und Jugendlichen mit einem Durchschnittsalter von 13.8 Jahren (Range: 11-16 Jahre) [72]. Somit liegt die Vermutung nahe, dass stationäre Jugendliche deutlich mehr *Emotionale Probleme* (sehr große Effektstärke), *Hyperaktivität/ Aufmerksamkeitsprobleme* (mittlere Effektstärke) und *Probleme mit Gleichaltrigen* (große Effektstärke) haben. *Prosoziales Verhalten* sei mit mittlerem Effekt größer ausgeprägt. Beim Vergleich der beiden Stichproben müssen jedoch verschiedene Aspekte beachtet werden. Die Validierungsstichprobe von Lohbeck et al. setzte sich aus 53 % Schülern und 47 % Schülerinnen zusammen, 76 % kamen aus Sekundarschulen und 24 % waren Gymnasiasten [72]. In vorliegender Studie waren 90.5 % der Patienten weiblich, 53.9 % besuchten das Gymnasium und das Durchschnittsalter lag bei 16 Jahren (Range: 12-19 Jahre). Lohbeck et al. erläutern, dass die Höhe und Verteilung der Skalenwerte sowohl vom Alter und Geschlecht als auch von der sozioökonomischen Schicht und letztlich vom besuchten Schulzweig abhängen. Aufgrund geschlechtsspezifischer Unterschiede in der Emotionsregulation würden Mädchen öfter *Emotionale Probleme* schildern als Jungen [72]. Die genannten Punkte könnten daher zum Beispiel Einfluss auf den sehr großen Unterschied der Subskala *Emotionale Probleme* haben. Zur Überprüfung der Effekte wären weitere Berechnungen mit Berücksichtigung des Geschlechts und des Schulzweigs sinnvoll.

Beim Vergleich mit der KiGGS-Basiserhebung und dem zweiten Erhebungszeitraum (KiGGS-Welle 1) zeigte die Gesamtstichprobe vorliegender Studie auch in allen Subskalen und der Gesamtproblemskala höhere Werte [17]. Patienten mit Depression F32/F33 unterschieden sich hinsichtlich der Subskalen *Emotionale Probleme* mit großer Effektstärke und *Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsprobleme* mit mittlerer Effektstärke von Patienten mit Zwangsstörung F42 und Anorexia nervosa F50.0/1. Zusammenfassend lässt sich aus den erhobenen Daten ableiten, dass stationäre jugendliche Patienten äußerst wahrscheinlich *Probleme mit Emotionen*, *Hyperaktivität/Aufmerksamkeit* und *Gleichaltrigen* haben. Insbesondere Patienten mit Depression F32/F33 sind hiervon betroffen, was durch Beesdo-Baum und Wittchen bestätigt wird [150]. Für eine günstige Entwicklung der Persönlichkeit ist laut Hölling und Schlack eine einfühlsame Erziehung und das Eingehen auf Emotionen von grundlegender Bedeutung [75]. Tayfur et al. konnten anhand von Metaanalysen zeigen, dass Verhaltens- und Peer-Probleme im jungen Erwachsenenalter mit fehlender Berufsausbildung und Beschäftigung einhergehen können, während bei den prosozialen Fähigkeiten kein signifikanter

Zusammenhang festgestellt wurde [120]. Dies betont auch die gesellschaftspolitische Relevanz dieser Risikofaktoren.

4.4 Ausblick

Die in vorliegender Studie erfassten Risiko- und Schutzfaktoren von jugendlichen Patienten der Schön Klinik Roseneck sollten in der Anamnese erfragt und während der Therapie berücksichtigt werden. Zudem müssten diese Faktoren hinsichtlich ihres Einflusses auf das Therapieergebnis weiter untersucht werden. Somit kann diagnosespezifisch ein genauerer Fokus auf mögliche Belastungsfaktoren gelegt werden.

Wie von Bürger und Kaess und in vorliegender Arbeit vielfach beschrieben, ist die Kenntnis über Risiko- und Schutzfaktoren sehr bedeutend für die Entwicklung und Implementierung von Unterstützungs- und Frühpräventionsprogrammen [4]. Hierfür sind besonders Belastungsfaktoren von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von Interesse. Weiterer Forschungsbedarf besteht hinsichtlich der komplexen Wechselwirkungen dieser Faktoren. Die Evaluation der verschiedenen Maßnahmen in Prävention und Therapie stellt nach Schulte-Körne künftig einen wichtigen Forschungszweig dar [98]. Somit können plausible Herangehensweisen flächendeckend in Institutionen wie zum Beispiel Kindergärten, Kinderarzt- und Allgemeinarztpraxen, Schulen und Kliniken dargeboten werden [98].

Hohm et al. plädieren dafür, insbesondere in der frühen Kindheit mit Maßnahmen einzugreifen, da hier rechtzeitig Entwicklungsrisiken aufgrund gestörter Eltern-Kind-Beziehung abgepuffert werden können [79]. Azman et al. raten, die Erziehungskompetenz der Eltern zu stabilisieren, damit die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen bekräftigt wird [66]. Von zentraler Bedeutung sind hierbei nach Ansicht der Autoren Mesman et al. die Stärkung von Resilienz und Selbstvertrauen [126], sowie nach Mößle und Föcker die Förderung realweltlicher Sozialkontakte und Fähigkeiten zur Stressbewältigung [111]. Für eine bewusste Unterstützung der Resilienz in Familien spielt das Mentalisierungskonzept von Lenz und Köhler-Saretzki eine große Rolle [95]: „Mit Mentalisieren ist die Fähigkeit gemeint, Gedanken, Gefühle, Wünsche [und] Bedürfnisse (mentale Zustände) bei sich und bei anderen wahrnehmen und darüber nachdenken zu können“ [95]. Zusammenfassend hat die Aussage von Gharabaghi, dass das zentrale Merkmal der Resilienzförderung in der Erziehungs- und Jugendhilfe die Geduld der Erwachsenen ist, für alle Jugendlichen Gültigkeit [151].

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Box-Plots mit der Lage der Online-Zeit in Stunden getrennt für die drei Hauptdiagnosegruppen	43
Abbildung 2: Prozentuale Häufigkeiten der Antwortkategorie „Ja“ des Fragebogens Social Media Disorder Scale in Abhängigkeit der drei Hauptdiagnosegruppen ..	45

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Themenbereiche des Online-Aufnahmefragebogens mit Fragebögen.	25
Tabelle 2: Interpretation von Cramér's V ϕ und der Effektstärke d nach Cohen 1988	35
Tabelle 3: Häufigkeiten der Hauptdiagnosegruppen im Studienkollektiv nach Geschlecht	36
Tabelle 4: Häufigkeiten der Tätigkeiten des Studienkollektivs	36
Tabelle 5: Häufigkeiten der Schulbesuche des Studienkollektivs	37
Tabelle 6: Häufigkeiten der Wohnsituationen des Studienkollektivs	37
Tabelle 7: Gegenüberstellung Gesamtstichprobe eigene Studie (N_{Ges}) – Validierungsstichprobe (N_{Val}) der Children's Perception of Interparental Conflict Scale	39
Tabelle 8: Häufigkeiten körperlicher Erkrankungen Mutter/Vater	40
Tabelle 9: Häufigkeiten körperlicher Erkrankungen Großeltern/Geschwister	40
Tabelle 10: Häufigkeiten psychischer Erkrankungen Mutter/Vater	41
Tabelle 11: Häufigkeiten psychischer Erkrankungen Großeltern/Geschwister	41
Tabelle 12: Ergebnisse der Online-Zeit in Stunden getrennt nach den drei Hauptdiagnosen	42
Tabelle 13: Ergebnisse der Unterschiede der Hauptdiagnosegruppen des Juvenile Victimization Questionnaire	46
Tabelle 14: Ergebnisse der vier Subskalen der Online Victimization Scale	46
Tabelle 15: Ergebnisse der Unterschiede der Hauptdiagnosegruppen getrennt nach den vier Subskalen der Online Victimization Scale	47
Tabelle 16: Ergebnisse der vier Subskalen des Angstfragebogens für Schüler	47
Tabelle 17: Ergebnisse der Unterschiede der Hauptdiagnosegruppen getrennt nach drei Subskalen des Angstfragebogens für Schüler	48
Tabelle 18: Gegenüberstellung Gesamtstichprobe eigene Studie (N_{Ges}) – Validierungsstichprobe (N_{Val}) des Zürcher Kurzfragebogens zum Erziehungsverhalten	49
Tabelle 19: Ergebnisse der Unterschiede der Hauptdiagnosegruppen getrennt nach zwei Subskalen (jeweils für Mutter und Vater) des Zürcher Kurzfragebogens zum Erziehungsverhalten	49
Tabelle 20: Häufigkeiten des Konsums diverser Drogen der Gesamtstichprobe	50
Tabelle 21: Ergebnisse der Unterschiede der Hauptdiagnosegruppen getrennt nach Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum	51
Tabelle 22: Gegenüberstellung Gesamtstichprobe eigene Studie ($N_{Ges} = 451$) – Validierungsstichprobe ($N_{Val} = 2500$) des Childhood Trauma Questionnaire	52


Tabelle 23: Ergebnisse der Unterschiede der Hauptdiagnosegruppen getrennt nach den fünf Subskalen des Childhood Trauma Questionnaire.....	52
Tabelle 24: Gegenüberstellung Gesamtstichprobe eigene Studie (N_{Ges} = 451) – Validierungsstichprobe (N_{Val} = 1501) des Strengths and difficulties Questionnaire	53
Tabelle 25: Ergebnisse der Unterschiede der Hauptdiagnosegruppen getrennt nach zwei Subskalen des Strengths and difficulties Questionnaire	53

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung
DSM-5	5. Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
CPIC	Children's Perception of Interparental Conflict Scale
OSV-S	Skala zum Onlinesuchtverhalten
SMD	Social Media Disorder
IGD	Internet Gaming Disorder
JVQ	Juvenile Victimization Questionnaire
OVS	Online Victimization Scale
AFS	Angstfragebogen für Schüler
BRS	Brief Resilience Scale
ZKE	Zürcher Kurzfragebogen zum Erziehungsverhalten
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SDQ-Deu-S	Deutsche Selbstbeurteilungsversion des SDQ

Anhang A: Aufnahmefragebogen für Patienten

Überarbeitet von Gabriele Eder, Jan 2020



**SCHÖN
KLINIK**

Roseneck

Patientenaufkleber

Ausfülldatum:

T	M	Jahr

Aufnahmefragebogen zu psychosozialen

Belastungsfaktoren für Jugendliche

Liebe Patientin, lieber Patient,

in diesem Fragebogen bitten wir Sie um Informationen zu möglichen Faktoren in Ihrem Leben, die eine Rolle bei der Entstehung oder der Aufrechterhaltung Ihrer Erkrankung gespielt haben oder spielen könnten (z.B. schwierige Situationen in Schule, mit Freunden oder der Familie). Wir fragen auch nach Ihren persönlichen Stärken.

Wir bitten Sie, alle Fragen sorgfältig und ehrlich zu beantworten. Dies hilft uns, Sie und Ihre Probleme zu verstehen und mit Ihnen gemeinsam einen Weg zu finden, Ihre Erkrankung zu überwinden. Wichtig ist, es gibt keine Antworten, die richtig oder falsch sind. Wir interessieren uns für das, was Sie denken und fühlen, nicht für das, was richtig oder falsch erscheint.

Falls Sie beim Ausfüllen des Fragebogens Fragen haben oder Ihnen die Beantwortung schwerfallen sollte, wenden Sie sich bitte jederzeit an Ihre Co-Therapie und/oder ihre/n Therapeuten/in.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Allgemeiner Fragenteil zur Person und Wohnsituation

1. Persönliche Angaben

1.1 Geburtsdatum	_____	
1.2 <input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> männlich	
1.3 Was ist Ihre derzeitige Tätigkeit?	<input type="radio"/> Schule <input type="radio"/> Studium <input type="radio"/> Berufstätigkeit/Ausbildung <input type="radio"/> arbeitssuchend <input type="radio"/> Sonstiges	
1.4 Welche Schule besuchen Sie zurzeit/haben Sie zuletzt besucht?	<input type="radio"/> Gymnasium <input type="radio"/> Realschule <input type="radio"/> Hauptschule <input type="radio"/> Andere	
1.5 Für Mädchen/Frauen: In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Menstruation?	<input type="radio"/> Mit _____ Jahren <input type="radio"/> Noch nie.	
1.6 Welcher Nationalität gehören Sie an?	<input type="radio"/> deutsch	<input type="radio"/> andere
1.7 Welche Sprache ist Ihre Muttersprache?	<input type="radio"/> deutsch	<input type="radio"/> andere
1.8 Welcher Nationalität gehört Ihr Vater an?	<input type="radio"/> deutsch	<input type="radio"/> andere
1.9 Welcher Nationalität gehört Ihre Mutter an?	<input type="radio"/> deutsch	<input type="radio"/> andere
1.10 In welchem Land sind Sie geboren?	<input type="radio"/> Deutschland	<input type="radio"/> anderes
1.11 Wenn Sie nicht in Deutschland geboren sind: Mit wie vielen Jahren sind Sie nach Deutschland gekommen?	Mit _____ Jahren.	

2. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Wohnsituation bevor Sie in die Klinik gekommen sind.

2.1 Bitte kreuzen Sie im Folgenden an, was auf Sie zutrifft. Wählen Sie nur eine Antwortmöglichkeit aus:

<input type="radio"/> Ich lebe gemeinsam mit meinen Eltern in einem Haushalt.
<input type="radio"/> Ich lebe gemeinsam mit meiner Mutter in einem Haushalt, aber ohne Vater.
<input type="radio"/> Ich lebe gemeinsam mit meinem Vater in einem Haushalt, aber ohne Mutter.
<input type="radio"/> Ich lebe gemeinsam mit meinem/r Partner/in in einem Haushalt.
<input type="radio"/> Ich lebe in einer Pflegefamilie.
<input type="radio"/> Ich lebe in einer Jugendhilfeeinrichtung.
<input type="radio"/> Ich lebe in einer betreuten Wohnform.
<input type="radio"/> Ich lebe alleine.
<input type="radio"/> Sonstige Wohnsituation

2.2 Wie viele Personen leben aktuell mit Ihnen in einem Haushalt? _____ Personen

2.3 Wie viele Zimmer hat Ihre Wohnung/Ihr Haus, in dem Sie gemeinsam leben (inkl. Bad/Küche)? _____ Zimmer

2.4 Wie oft pro Woche (= 7 Tage) gibt es in Ihrer Familie gemeinsame Mahlzeiten?	_____ Mal/Woche
2.5 Wie oft pro Woche (= 7 Tage) unternehmen Sie gemeinsame Aktivitäten mit Ihrer Familie?	_____ Mal/Woche
2.6 Gibt es in Ihrer Familie eine feste Tagesstruktur (z.B. Aufstehen, Schule, Nachmittagsprogramm, etc.)?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja

Children's Perceptions of Interparental Conflict Scale (CPIC)

- Deutsche Kurzfassung -

3. In jeder Familie kommt es vor, dass die Eltern sich nicht verstehen. Kinder können sich sehr unterschiedlich fühlen, wenn ihre Eltern sich streiten oder Unstimmigkeiten haben. Wir möchten gerne wissen, welche Gefühle Sie dabei haben oder hatten. Falls Sie Ihre Eltern oder einen Elternteil nicht kennen oder Ihre Eltern schon lange keinen Kontakt mehr zueinander haben, wählen Sie bitte „Trifft nicht zu“ aus.

	Stimmt nicht	Stimmt etwas	Stimmt	Trifft nicht zu
3.1. Meine Eltern nörgeln herum und beschwerten sich über den anderen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2. Meine Eltern sind gemein zueinander.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.3. Meine Eltern streiten sich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.4. Sie finden eine Lösung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.5. Nach einem Streit vertragen sich meine Eltern wieder.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.6. Wenn der Streit beendet ist, sind meine Eltern wieder nett zueinander.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.7. Nach einem Streit sind meine Eltern weiter gemein zueinander.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.8. Wenn der Streit zu Ende ist, bleiben meine Eltern trotzdem sauer aufeinander.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.9. Wenn zwischen meinen Eltern „dicke Luft“ ist, schaffe ich es, dass die Stimmung wieder besser wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.10. Wenn meine Eltern sich streiten, kann ich etwas tun, damit sie aufhören.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.11. Wenn meine Eltern Streit haben, kann ich sie dazu bringen, dass sie sich wieder vertragen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.12. Meine Eltern streiten sich über Sachen, die ich mache.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.13. Meine Eltern geraten in Streit über Dinge, die ich in der Schule mache.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.14. Meine Eltern geraten in Streit, wenn ich etwas falsch mache.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.15. Es ist meine Schuld, wenn meine Eltern sich streiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Krankheiten in der Familie

4. Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit Krankheiten, die in Ihrer Familie aufgetreten sind.

4.1 Sind Ihnen körperliche Erkrankungen bekannt, ...

Name der Krankheit	... bei Ihrer Mutter oder Ihrem Vater?	
Krebserkrankung	<input type="radio"/> Nein/Weiß nicht	<input type="radio"/> Ja
Herz-Kreislauf-Erkrankung (Herzinfarkt, etc.)	<input type="radio"/> Nein/Weiß nicht	<input type="radio"/> Ja
schwerer Unfall	<input type="radio"/> Nein/Weiß nicht	<input type="radio"/> Ja
Sonstige	<input type="radio"/> Nein/Weiß nicht	<input type="radio"/> Ja
Name der Krankheit	... bei Ihrer Oma, Ihrem Opa oder Bruder/Schwester?	
Krebserkrankung	<input type="radio"/> Nein/Weiß nicht	<input type="radio"/> Ja
Herz-Kreislauf-Erkrankung (Herzinfarkt, etc.)	<input type="radio"/> Nein/Weiß nicht	<input type="radio"/> Ja
schwerer Unfall	<input type="radio"/> Nein/Weiß nicht	<input type="radio"/> Ja
Sonstige	<input type="radio"/> Nein/Weiß nicht	<input type="radio"/> Ja

4.2 Sind Ihnen psychische Erkrankungen bekannt, ...

Name der Krankheit	... bei Ihrer Mutter oder Ihrem Vater?	
Depression/Burn out	<input type="radio"/> Nein/Weiß nicht	<input type="radio"/> Ja
Essstörung	<input type="radio"/> Nein/Weiß nicht	<input type="radio"/> Ja
Persönlichkeitsstörung (z.B. Borderline)	<input type="radio"/> Nein/Weiß nicht	<input type="radio"/> Ja
Angststörung	<input type="radio"/> Nein/Weiß nicht	<input type="radio"/> Ja
Suchterkrankung (z.B. Alkohol, Drogen, Glücksspiel)	<input type="radio"/> Nein/Weiß nicht	<input type="radio"/> Ja
Zwangsstörung	<input type="radio"/> Nein/Weiß nicht	<input type="radio"/> Ja
Psychose	<input type="radio"/> Nein/Weiß nicht	<input type="radio"/> Ja
Sonstige	<input type="radio"/> Nein/Weiß nicht	<input type="radio"/> Ja
Name der Krankheit	... bei Ihrer Oma, Ihrem Opa oder Bruder/Schwester?	
Depression/Burn out	<input type="radio"/> Nein/Weiß nicht	<input type="radio"/> Ja
Essstörung	<input type="radio"/> Nein/Weiß nicht	<input type="radio"/> Ja
Persönlichkeitsstörung (z.B. Borderline)	<input type="radio"/> Nein/Weiß nicht	<input type="radio"/> Ja
Angststörung	<input type="radio"/> Nein/Weiß nicht	<input type="radio"/> Ja
Suchterkrankung (z.B. Alkohol, Drogen, Glücksspiel)	<input type="radio"/> Nein/Weiß nicht	<input type="radio"/> Ja
Zwangsstörung	<input type="radio"/> Nein/Weiß nicht	<input type="radio"/> Ja
Psychose	<input type="radio"/> Nein/Weiß nicht	<input type="radio"/> Ja
Sonstige	<input type="radio"/> Nein/Weiß nicht	<input type="radio"/> Ja

5. Im Folgenden finden Sie einige Fragen dazu, wie Sie im Allgemeinen mit dem Internet umgehen. Bevor Sie die folgenden Fragen beantworten, bitten wir Sie 3 Dinge zu beachten:

- 1) Alle Fragen nach Ihrem Onlineverhalten beziehen sich nur auf die aktive Nutzung des Internets in Ihrer Freizeit und nicht etwa auf eine mögliche Nutzung des Internets aus rein schulischen/beruflichen Gründen.
- 2) Die Fragen zu den Nutzungszeiten beziehen sich zudem auf die aktive Nutzung des Internets, d.h. nur auf die Zeit, in der Sie wirklich aktiv auf Internetinhalte zugreifen und sich nicht mit anderen Dingen beschäftigen (z.B. ein Buch lesen während ein Internetradio spielt).
- 3) Bitte berücksichtigen Sie bei den Fragen zur Nutzungszeit auch die Nutzung von mobilen internetfähigen Geräten (z.B. Smartphones).

Skala zum Onlinesuchtverhalten Jugendliche (OSV-K-S Jugendliche)

5.1 Wie oft nutzen Sie die folgenden Onlineangebote in Ihrer Freizeit?

Onlinespiele (z.B. Rollenspiele, Ego-Shooter etc.)	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> oft	<input type="radio"/> sehr oft	<input type="radio"/>
Einkaufen (z.B. Ebay, Amazon etc.)	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> oft	<input type="radio"/> sehr oft	<input type="radio"/>
Chatten/Austausch in Messengern (z.B. WhatsApp)	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> oft	<input type="radio"/> sehr oft	<input type="radio"/>
Emails schreiben	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> oft	<input type="radio"/> sehr oft	<input type="radio"/>
Online-Erotikangebote (z.B. erotische Bilder)	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> oft	<input type="radio"/> sehr oft	<input type="radio"/>
Online-Glücksspiele (z.B. Poker, Casinos, Wetten etc.)	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> oft	<input type="radio"/> sehr oft	<input type="radio"/>
Online-Communities (z.B. Facebook, Instagram etc.)	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> oft	<input type="radio"/> sehr oft	<input type="radio"/>
Informationsrecherche (z.B. Wikipedia)	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> oft	<input type="radio"/> sehr oft	<input type="radio"/>
Video- oder Streamingportale (z.B. youtube)	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> oft	<input type="radio"/> sehr oft	<input type="radio"/>
andere Internetspiele (z.B. Browsergames, Fun Games etc.)	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> oft	<input type="radio"/> sehr oft	<input type="radio"/>
andere	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> oft	<input type="radio"/> sehr oft	<input type="radio"/>

5.2 Bitte überlegen Sie kurz, welches Internetangebot Sie am intensivsten nutzen und markieren Sie Ihre Antwort ganz rechts (bitte, wenn möglich nur eines).



Bitte beachten Sie: auf den nächsten Seiten finden Sie weitere Fragen dazu, wie Sie das Internet nutzen. Bei den Fragen wird allgemein von dem „Internetangebot“ gesprochen. Wir bitten Sie deshalb, diese Fragen (5.3 – 5.18) auf Internetangebote zu beziehen, die Sie am häufigsten nutzen.

5.3 Wie viele Stunden sind Sie durchschnittlich an einem Wochentag (Mo.-Fr.) aktiv online?
Ungefähr _____ Stunden.

5.4 Wie viele Stunden sind Sie durchschnittlich an einem Tag am Wochenende/in den Ferien/an Feiertagen aktiv online?
Ungefähr _____ Stunden.

5.5 Wie häufig sind Sie aktiv online?

<input type="radio"/> jeden Tag	<input type="radio"/> 2-3x pro Woche	<input type="radio"/> 1x pro Woche	<input type="radio"/> 1x pro Monat	<input type="radio"/> weniger als 1x pro Monat
---------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--

5.6 Wie lange sind Sie in der Regel am Stück aktiv online (während einer Internetsitzung)?

<input type="radio"/> weniger als 1 Stunde	<input type="radio"/> 1-2 Stunden	<input type="radio"/> 2-4 Stunden	<input type="radio"/> 4-6 Stunden	<input type="radio"/> mehr als 6 Stunden
--	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--

5.7 Wie stark sind Sie am Tag gedanklich mit Onlineangeboten/-aktivitäten beschäftigt?

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> etwas	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> stark	<input type="radio"/> sehr stark
---------------------------------	-----------------------------	------------------------------	-----------------------------	----------------------------------

5.8 Wie stark ist Ihr durchschnittliches Verlangen danach, das Internetangebot zu nutzen?

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> etwas	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> stark	<input type="radio"/> sehr stark
---------------------------------	-----------------------------	------------------------------	-----------------------------	----------------------------------

5.9 Wie häufig sind Sie online, obwohl Sie sich vorgenommen hatten, nicht online zu sein oder: Waren Sie häufiger bzw. länger online, als Sie eigentlich vorgehabt hatten?	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> oft	<input type="radio"/> sehr oft
5.10 Fühlen Sie sich schlecht (z.B. verärgert, lustlos), wenn Sie nicht online sein können?	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> oft	<input type="radio"/> sehr oft
5.11 Haben Sie bemerkt, dass Sie immer häufiger oder länger online sein müssen, um sich wieder gut oder entspannt zu fühlen?	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> oft	<input type="radio"/> sehr oft
5.12 Wie häufig erscheint Ihnen das Verlangen nach Onlineaktivitäten so stark, dass Sie diesem nicht widerstehen können?	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> oft	<input type="radio"/> sehr oft
5.13 Wie häufig vermeiden Sie unangenehme Gefühle (z.B. Ärger, Langeweile, Frustration, Trauer) durch Onlineaktivitäten?	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> oft	<input type="radio"/> sehr oft
5.14 Wie häufig haben Sie bisher versucht, ihr Onlineverhalten zu ändern, aufzugeben bzw. einzuschränken?	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> oft	<input type="radio"/> sehr oft
5.15 Wenn Sie schon einmal versucht haben, ihr Onlineverhalten zu ändern: Haben Sie es geschafft?	<input type="radio"/> Nein		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> trifft nicht zu	
5.16 Wie häufig haben Sie etwas Wichtiges vergessen (z.B. in Beruf, Schule oder Ausbildung), weil Sie die ganze Zeit im Internet gewesen sind?	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> oft	<input type="radio"/> sehr oft
5.17 Wie häufig haben Sie das Gefühl, dass Sie zu viel oder zu lange im Internet waren?	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> oft	<input type="radio"/> sehr oft

5.18 Sind aufgrund Ihrer Internetnutzung häufiger Probleme in folgenden Bereichen aufgetreten?

	Nein	Ja
Probleme in Beruf, Ausbildung oder Schule (z.B. schlechtere Noten, Beurteilungen, Fehlzeiten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Probleme mit der Familie/mit dem Partner bzw. Freunden (z.B. Streit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geldprobleme (z.B. Ausgeben von zu viel Geld oder Schulden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vernachlässigung von anderen Interessen oder Freizeitaktivitäten, die Sie gern machen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vernachlässigung von Freunden/des Partners bzw. der Partnerin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Probleme mit der Gesundheit (z.B. zu wenig Schlaf, Vergessen von Mahlzeiten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5.19 Würden Sie sagen, dass Sie manche Onlineangebote zu häufig oder zu lange nutzen?

	Nein	Ja
Onlinespiele (z.B. Rollenspiele, Ego-Shooter etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einkaufen (z.B. Ebay, Amazon etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chatten/Austausch in Messengern (z.B. WhatsApp)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Emails schreiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Online-Erotikangebote (z.B. erotische Bilder)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Online-Glücksspiele (z.B. Poker, Casinos, Wetten etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Online-Communities (z.B. Facebook, Instagram etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informationsrecherche (z.B. Wikipedia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Video- oder Streamingportale (z.B. youtube)	<input type="radio"/>	
andere Internetspiele (z.B. Browsergames, Fun Games etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Social Media Disorder Scale (SMDS german)

Bitte denken Sie bei der Beantwortung der nächsten Fragen an Ihre Nutzung von „Social Media“ und sozialen Netzwerken (z.B. WhatsApp, Facebook, Twitter, Instagram und andere) innerhalb des letzten Jahres.

5.20 Haben Sie im Zeitraum des letzten Jahres bis heute ...

	Nein	Ja
...bemerkt, dass Sie kaum an etwas anderes denken konnten, als an den Moment, wenn Sie wieder Social Media nutzen können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...sich häufig unzufrieden gefühlt, weil Sie nicht so viel Zeit mit der Nutzung von Social Media verbringen konnten wie Sie wollten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...sich häufig schlecht gefühlt, wenn Sie Social Media nicht nutzen konnten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...vergeblich versucht, Social Media weniger zu nutzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...andere Freizeitbeschäftigungen (z.B. Hobbies) vernachlässigt, weil Sie so mit der Social Media Nutzung beschäftigt waren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...häufig Ärger oder Streit mit anderen gehabt, weil Sie sich so viel mit Social Media beschäftigt haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...gegenüber Freunden oder der Familie verheimlicht, dass Sie häufig Social Media nutzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Social Media oft genutzt, wenn Sie traurig waren oder Sie sich schlecht gefühlt haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...häufig heftigen Streit mit der Familie oder Freunden gehabt, weil Sie so oft Social Media nutzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit den Themen Mobbing, Cybermobbing und Diskriminierung. Für den Begriff Mobbing soll dabei folgende Definition gelten: Eine Person wird gemobbt, wenn er oder sie wiederholt oder über einen längeren Zeitraum den negativen Handlungen von einer oder mehreren Personen ausgesetzt ist.

Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ)

	Nein	Ja
6.1 Haben Sie zu irgendeinem Zeitpunkt in Ihrem realen Leben gesehen, dass jemand <u>mit</u> einem Stock, einem Stein, einer Waffe, einem Messer oder etwas, das weh tun könnte, angegriffen oder absichtlich getroffen wurde (z.B. zu Hause, in der Schule, in einem Geschäft, in einem Auto, auf der Straße oder anderswo)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.2 Haben Sie zu irgendeinem Zeitpunkt in Ihrem realen Leben gesehen, dass jemand <u>ohne</u> einen Stock, einen Stein, eine Waffe, ein Messer oder etwas, das weh tun könnte angegriffen oder absichtlich getroffen wurde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.3 Haben während Ihrer Kindheit Kinder, sogar der Bruder oder die Schwester, Sie ausgesucht, um Sie zu verfolgen, zu packen oder Sie dazu zu bringen etwas zu tun, das Sie nicht tun wollten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.4 Wurden Sie in Ihrer Kindheit verängstigt oder fühlten Sie sich sehr schlecht, weil Kinder Sie beschimpften, gemeine Dinge zu Ihnen sagten oder sagten, sie wollten Sie nicht in der Nähe haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.5 Haben Kinder jemals in Ihrer Kindheit Lügen über Sie erzählt oder Gerüchte über Sie verbreitet oder versucht, dass andere Sie nicht mögen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.6 Haben Kinder Sie in Ihrer Kindheit jemals absichtlich von den Dingen herausgehalten, Sie aus Ihrer Gruppe von Freunden ausgeschlossen oder Sie völlig ignoriert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.7 Manchmal werden Kinder von Brüdern, Schwestern oder Cousins geschlagen. Hat ein Kind <u>in Ihrer Familie</u> Sie in Ihrer Kindheit jemals absichtlich geschlagen oder angegriffen? (z.B. zu Hause, in der Schule, in einem Geschäft, in einem Auto, auf der Straße oder sonst wo)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.8 Hat Sie in Ihrer Kindheit jemals ein <u>anderes</u> Kind absichtlich geschlagen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Als nächstes fragen wir nach Erwachsenen, die sich um Sie gekümmert haben. Das bedeutet Eltern, Erwachsene, die mit Ihnen zusammengelebt haben oder andere im Familien- oder Bekanntenkreis.	Nein	Ja
6.9 Ohne Schläge auf den Hintern, hat Sie in Ihrer Kindheit ein Erwachsener geschlagen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.10 Wurden Sie als Kind verängstigt oder fühlten Sie sich sehr schlecht, weil Erwachsene Sie beschimpften, gemeine Dinge zu Ihnen sagten oder sagten, sie wollten Sie nicht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.11 Wenn jemand vernachlässigt wird, bedeutet das, dass Erwachsene sich nicht so um diese Person gekümmert haben, wie sie es sollten. Sie können ihr nicht genug zu essen geben, sie zum Arzt bringen, wenn sie krank sind, oder sicherstellen, dass sie einen sicheren Aufenthaltsort haben. Wurden Sie in Ihrer Kindheit vernachlässigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.12 Gab es in Ihrem Leben eine Zeit, in der Sie sich oft um sich selbst kümmern mussten, weil ein Elternteil zu viel Alkohol getrunken, Drogen genommen hat oder nicht aus dem Bett gekommen ist?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.13 Gab es eine Zeit in Ihrem Leben, in der Sie oft nach einem Elternteil suchen mussten, weil er Sie allein oder mit Geschwistern ließ und Sie nicht wussten, wo sich der Elternteil befand?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.14 Gab es eine Zeit in Ihrem Leben, in der Ihre Eltern oft Menschen im Haus hatten, vor deren Nähe Sie sich fürchteten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Personen, die sich um Sie gekümmert haben. Dazu gehören z.B. Ihre Eltern, Großeltern, Pflegeeltern und Freunde Ihrer Eltern, unabhängig davon, ob Sie mit ihnen zusammenlebten oder nicht. Wenn es in den nächsten Fragen „Eltern“ heißt, meinen wir jede dieser Personen.	Nein	Ja
6.15 Drohte einer Ihrer Eltern in Ihrer Kindheit damit, den anderen Elternteil zu verletzen, und schien es, als könnte er wirklich verletzt werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.16 Hat einer Ihrer Eltern in Ihrer Kindheit wegen eines Streits irgendetwas zerbrochen oder zerstört, das einem anderen Elternteil gehört, an die Wand geschlagen oder etwas geworfen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.17 Wurde in Ihrer Kindheit ein Elternteil von einem anderen Elternteil geschlagen oder geschubst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.18 Wurde in Ihrer Kindheit einer Ihrer Eltern von einem anderen Elternteil getreten, gewürgt oder zusammengeschlagen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.19 Nun möchten wir Sie nach Auseinandersetzungen zwischen verschiedenen Erwachsenen und Jugendlichen fragen, nicht nur zwischen Ihren Eltern. Hat in Ihrer Kindheit ein Erwachsener oder ein Teenager, der mit Ihnen zusammengelebt hat, jemanden geschlagen oder verprügelt, der mit Ihnen zusammengelebt hat, wie Eltern, Bruder, Großeltern oder andere Verwandte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.20 Hat ein Erwachsener Sie zu irgendeinem Zeitpunkt absichtlich geschlagen oder angegriffen? Diese Person könnte ein Lehrer, ein Trainer, eine andere bekannte Person oder ein Fremder sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.21 . Hat jemand Sie zu irgendeinem Zeitpunkt in Ihrem Leben dazu gezwungen, sexuelle Dinge zu tun, wenn Sie nicht wollten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Online Victimization Scale (OVS)

Im Folgenden geht es um allgemeine Online-Diskriminierung.	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft	Jeden Tag
6.22 Leute haben negative Dinge darüber gesagt (wie z.B. Gerüchte oder Namen) wie ich online aussehe, mich verhalte oder kleide.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.23 Leute haben gemeine oder unverschämte Dinge gesagt über die Art wie ich online schreibe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.24 Leute haben gemeine oder unverschämte Dinge über mich im Internet gepostet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.25 Ich wurde im Internet ohne ersichtlichen Grund schikaniert oder belästigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.26 Ich wurde im Internet schikaniert oder belästigt wegen etwas, das in der Schule passiert ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.27 Ich wurde online blamiert oder gedemütigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.28 Ich wurde online gemobbt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.29 Ich wurde online bedroht wegen meines Aussehens, meines Verhaltens oder meiner Kleidung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Im Folgenden geht es um sexuelle Online-Diskriminierung.	Nie	Seiten	Manchmal	Oft	Sehr oft	Jeden Tag
6.30 Leute haben mich nach Cybersex gefragt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.31 Leute haben mit sexuellen Diskussionen mit mir weitergemacht, auch wenn ich Stop gesagt habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.32 Leute haben online Gerüchte über mein Sexualverhalten verbreitet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.33 Leute haben mich online nach sexy Fotos von mir gefragt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.34 Leute haben mir online sexuelle Fotos gezeigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.35 Ich habe ungewollt sexuellen SPAM, E-Mails oder Nachrichten erhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Im Folgenden geht es um individuelle Online-Rassendiskriminierung.	Nein	Ja
6.36 Leute haben gemeine oder unverschämte Dinge über mich gesagt wegen meiner Rasse oder ethnischen Zugehörigkeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.37 Leute haben mich wegen meiner Rasse oder ethnischen Zugehörigkeit von einer Online-Seite ausgeschlossen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.38 Leute haben mir online mit Gewalt gedroht aufgrund meiner Rasse oder ethnischen Zugehörigkeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.39 Leute haben mir online ein rassistisches Bild gezeigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im Folgenden geht es um nachempfundene Online-Rassendiskriminierung.		
6.40 Leute haben online Witze über Personen meiner Rasse oder ethnischen Zugehörigkeit gemacht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.41 Leute haben Unwahrheiten über Personen meiner Rasse oder ethnischen Zugehörigkeit gesagt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.42 Ich wurde Zeuge/Zeugin wie Leute online gemeine oder unverschämte Dinge über die ethnische Zugehörigkeit einer anderen Person gesagt haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Angstfragebogen für Schüler (AFS)

7. Nun folgen einige Fragen zur Schule. Die folgenden Aussagen sollen sich auf die Erfahrungen während Ihrer Schulzeit beziehen.

	Stimmt nicht	Stimmt
7.1 Ich habe Angst davor, dass überraschend eine Klassenarbeit geschrieben wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.2 Ich habe öfter starkes Herzklopfen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.3 Manchmal wünschte ich, dass mich keiner kennt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.4 Ich sage immer die Wahrheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.5 Manchmal muss ich mich sehr zusammennehmen, dass mir keiner etwas anmerkt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.6 Ich bin doch recht froh, dass ich noch zur Schule gehen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.7 Wenn ich aufgerufen werde und nach vorn kommen muss, habe ich immer etwas Angst, dass ich etwas Falsches sage.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.8 Oft kann ich abends lange nicht einschlafen, weil ich mir so viele Gedanken machen muss.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.9 Ich verhalte mich immer freundlich und zuvorkommend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.10 Schon der Gedanke an die Schule macht mich morgens oft missmutig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.11 Ich werde oft ganz nervös.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.12 Nach einer Klassenarbeit habe ich immer wieder das Gefühl, dass ich doch wieder so vieles falsch gemacht habe, was ich vorher konnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.13 Ich bin immer nett zu anderen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.14 Ich muss häufig daran denken, was alles noch geschehen könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.15 Wenn eine Klassenarbeit geschrieben wird, vergesse ich oft Dinge, die ich vorher gut gelernt habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.16 Es wäre schön, wenn ich nicht mehr zur Schule zu gehen brauchte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.17 Das meiste, was man in der Schule lernen muss, kann man im späteren Leben doch nicht gebrauchen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.18 Ich gebe immer sofort zu, wenn ich etwas nicht genau weiß.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.19 Ich habe oft Angst, dass ich bei anderen einen schlechten Eindruck mache.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.20 Oft möchte ich am liebsten ganz für mich allein sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.21 Ich gehe gern zur Schule.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.22 Manchmal ist mir so, als ob die anderen in meiner Klasse alles viel besser können als ich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.23 Ich mache mir oft Sorgen, ob ich auch versetzt werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.24 Ich bin nie schlecht gelaunt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.25 Wenn mein Name fällt, habe ich sofort ein beklemmendes Gefühl.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.26 Manchmal bin ich ganz verwirrt im Kopf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.27 Oft muss ich daran denken, dass mir etwas zustoßen könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.28 Ich bin immer sehr artig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.29 Oft bin ich im Unterricht schlecht gelaunt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.30 Wenn wir eine Klassenarbeit schreiben, weiß ich meistens schon von Anfang an, dass ich es doch nicht gut machen werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.31 Es gibt in der Schule eigentlich nur wenige Dinge, die einem wirklich Spaß machen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Stimmt nicht	Stimmt
7.32 Ich glaube, ich könnte in der Schule mehr leisten, wenn ich nicht so viel Angst vor Prüfungen und Arbeiten hätte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.33 Ich habe noch nie eine Ausrede gebraucht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.34 Schon wenn die Klassenarbeitsblätter verteilt werden, bekomme ich starkes Herzklopfen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.35 Wenn der Lehrer jemand nach vorn zur Tafel rufen will, denke ich meistens: Hoffentlich nimmt er nicht mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.36 Manchmal wünschte ich, dass ich mir nicht so viel Sorgen über Klassenarbeiten machte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.37 Ich habe noch nie gelogen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.38 Ich habe sehr oft Angst, dass ich nicht das Richtige tue.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.39 Manchmal fühle ich mich wie verlassen, auch wenn ich mit anderen zusammen bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.40 Wenn eine Klassenarbeit geschrieben wird, mache ich oft Fehler, weil ich zu viel Angst habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.41 Wenn geprüft wird, bekomme ich jedes Mal ein komisches Gefühl im Magen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.42 Ich bin manchmal so aufgeregt, dass meine Hände zittern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.43 Ich bin zu allen stets freundlich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.44 Vor Klassenarbeiten bin ich immer aufgeregt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.45 Ich möchte eigentlich anders sein, als ich mich gebe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.46 Es ist doch schön, wieder zur Schule gehen zu können, auch wenn die Ferien noch so angenehm waren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.47 Ich habe bei Prüfungen immer Angst, dass ich schlechte Zensuren bekomme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.48 Ich bin noch nie auf eine/n andere/n neidisch gewesen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.49 Ich mache mir zu viel Sorgen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.50 Meistens ist es etwas ungerecht, dass gerade ich ausgeschimpft werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Brief Resilience Scale (BRS)

8. Es folgen nun 6 Aussagen. Bitte lesen Sie sich jede Aussage durch, und geben Sie an, wie sehr diese Ihr übliches Denken und Handeln beschreibt.

	Ich stimme absolut nicht zu	Ich stimme nicht zu	Neutral	Ich stimme zu	Ich stimme absolut zu
8.1. Ich neige dazu, mich nach schwierigen Zeiten schnell zu erholen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.2. Es fällt mir schwer, stressige Situationen durchzustehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.3. Ich brauche nicht viel Zeit, um mich von einem stressigen Ereignis zu erholen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.4. Es fällt mir schwer zur Normalität zurückzukehren, wenn etwas Schlimmes passiert ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.5. Normalerweise überstehe ich schwierige Zeiten ohne größere Probleme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.6. Ich brauche tendenziell lange, um über Rückschläge in meinem Leben hinwegzukommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zürcher Kurzfragebogen zum Erziehungsverhalten

9. Folgende Aussagen beschreiben das Erziehungsverhalten von Eltern. Bitte lesen Sie alle Aussagen genau und beantworten Sie jeweils für Mutter und Vater, ob diese Aussage zutrifft. Falls Sie keinen Kontakt zu Ihren Eltern oder einem Elternteil haben, wählen Sie bitte entsprechend „trifft nicht zu“ aus.

Meine Mutter...						Mein Vater...				
stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt ziemlich	stimmt immer	trifft nicht zu		stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt ziemlich	stimmt immer	trifft nicht zu
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.1. ...tröstet mich, wenn ich in Schwierigkeiten stecke.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.2. ...geht meistens sehr freundschaftlich und liebevoll mit mir um.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.3. ...ist für mich da, wenn ich sie/ihn brauche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.4. ...bringt mir Dinge bei, die ich gerne lernen möchte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Meine Mutter...						Mein Vater...				
stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt ziemlich	stimmt immer	trifft nicht zu		stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt ziemlich	stimmt immer	trifft nicht zu
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.5. ...lobt mich, wenn ich etwas gut gemacht habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.6. ...muntert mich auf, wenn ich in der Schule schlechte Noten habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.7. ...nimmt Rücksicht auf mich und erwartet dasselbe von mir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.8. ...legt Wert auf meine Meinung, auch wenn sie/er andere Ansichten hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.9. ...verzichtet auf einiges, nur um mir eine Freude zu machen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.10. ...erklärt mir den Grund, wenn sie/er etwas von mir verlangt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.11. ...hilft mir bei den Hausaufgaben, wenn ich etwas nicht verstehe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.12. ...hat es gern, wenn ich meine Freunde mit nach Hause bringe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.13. ...nimmt mich in Schutz, wenn ich mich schlecht benommen habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.14. ...redet mit mir über Politik und Nachrichten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.15. ...geht regelmäßig zu den Elternabenden in der Schule.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Meine Mutter...						Mein Vater...				
stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt ziemlich	stimmt immer	trifft nicht zu		stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt ziemlich	stimmt immer	trifft nicht zu
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.16. ...wird schnell wütend, wenn ich nicht tue was sie/er sagt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.17. ...möchte ständig etwas an mir verändern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.18. ...hält mich für undankbar, wenn ich ihr/ihm nicht gehorche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.19. ...fragt andere Leute, wo ich war und was ich gemacht habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.20. ...denkt, dass ich nicht selbst auf mich aufpassen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.21. ...vergisst oft Dinge, die sie/er mir versprochen hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.22. ...verlangt, dass ich bessere Schulleistungen erbringe als andere.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.23. ...verbietet mir manchmal etwas, was sie/er mir ein anderes Mal erlaubt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.24. ...redet eine Zeit nicht mit mir, wenn ich etwas angestellt habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.25. ...ist enttäuscht und traurig, wenn ich mich schlecht benommen habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.26. ...hat klare Regeln und Vorschriften, wie ich mich zu verhalten habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Meine Mutter...						Mein Vater...				
stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt ziemlich	stimmt immer	trifft nicht zu		stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt ziemlich	stimmt immer	trifft nicht zu
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.27. ...erwartet, dass ich meine Sachen in Ordnung halte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.28. ...sagt mir immer genau, wann ich abends nach Hause kommen muss.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.29. ...möchte immer gefragt werden, bevor ich ausgehen darf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.30. ...will genau wissen, für was ich mein Geld ausgabe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.31. ...will, dass ich im Haushalt helfe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.32. ...fragt eigentlich nie, wo ich hingehe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Suchfragebogen KiGGS
Substance Use Questionnaire**

10. Nun folgen einige Fragen zu Ihrem Alkohol-, Tabak- und/oder Drogenkonsum.

10.1 Haben Sie schon einmal geraucht?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, ein paar Züge	<input type="radio"/> Ja, eine ganze Zigarette o.ä. oder mehr				
10.2 Rauchen Sie zurzeit?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, ab und zu	<input type="radio"/> Ja, jede Woche, aber nicht jeden Tag	<input type="radio"/> Ja, jeden Tag			
10.3 In welchem Alter haben Sie das erste Mal geraucht?	Mit _____ Jahren						
10.4 Haben Sie schon einmal Alkohol getrunken?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, einen Schluck		<input type="radio"/> Ja, ein ganzes Glas/eine ganze Flasche oder mehr			
10.5 Wie oft trinken Sie folgende alkoholischen Getränke?	Nie	Weniger als 1 Glas	1-3 Gläser	1 Glas pro Woche	2-4 Gläser	5-6 Gläser	Jeden Tag

		im Monat	pro Monat		pro Woche	pro Woche	
Bier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schnaps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocktail/Mischgetränk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sekt/Prosecco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.6 Waren Sie schon einmal stark betrunken?		<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, einmal	<input type="radio"/> Ja, zwei- bis dreimal	<input type="radio"/> Ja, mehr als dreimal		
10.7 Wenn Sie schon einmal stark betrunken waren, wie oft ist das dann in den letzten beiden Monaten vorgekommen?		<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Einmal	<input type="radio"/> Zwei- bis Dreimal	<input type="radio"/> Mehr als Dreimal		
10.8 In welchem Alter haben Sie begonnen regelmäßig (mindestens einmal pro Woche) Alkohol zu trinken?		Mit _____ Jahren					
10.9 Ich trinke Alkohol, ...				Nie	Manchmal	Oft	
...wenn ich mit Freunden zusammen bin.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
...wenn ich mich alleine fühle.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
...wenn ich Durst habe.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
...auf einer Familienfeier.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
...wenn es mir schlecht geht oder ich Probleme habe.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
...während oder nach dem Essen.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
...auf einer Party.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
...wenn ich mich langweile.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

10.10 Welche dieser Drogen haben Sie schon konsumiert?					
	Nie	Einmal	Zweimal	Ab und zu	Oft
Cannabis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halluzinogene (z.B. LSD/Mescaline/Psilocybin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amphetamine (z.B. Speed, Crystal, Ecstasy)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opioide (z.B. Heroin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamente als Droge (Schlafmittel, Schmerzmittel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychostimulanzien (z.B. Kokain)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inhalantien (z.B. Leim oder Lösungsmittel schnüffeln)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

11. Die folgenden Fragen befassen sich mit einigen Ihrer Erfahrungen während Ihrer Kindheit und Jugend. Auch wenn die Fragen sehr persönlich sind, versuchen Sie bitte, diese so ehrlich wie möglich zu beantworten. Kreuzen Sie dazu bitte für jede Frage die Zahl an, die am besten beschreibt, wie Sie rückblickend die Situation einschätzen.

Falls Sie Probleme mit dem Inhalt der Fragen haben oder Sie die Fragen belasten, können Sie sich natürlich jederzeit an Ihre/n Therapeuten/in wenden oder diese Fragen auslassen.

Als ich aufwuchs...	Trifft auf mich zu...				
	Überhaupt nicht	Sehr selten	Einige Male	häufig	Sehr häufig
11.1. ...hatte ich nicht genug zu essen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.2. ...wusste ich, dass sich jemand um mich sorgte und mich beschützte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.3. ...bezeichneten mich Personen aus meiner Familie als „dumm“, „faul“ oder „hässlich“.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.4. ...waren meine Eltern zu betrunken oder von anderen Drogen „high“, um für die Familie zu sorgen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.5. ...gab es jemand in der Familie, der mir das Gefühl gab, wichtig und jemand Besonderes zu sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.6. ...musste ich dreckige Kleidung tragen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.7. ...hatte ich das Gefühl, geliebt zu werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.8. ...glaubte ich, dass meine Eltern wünschten, ich wäre nie geboren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.9. ...wurde ich von jemandem aus meiner Familie so stark geschlagen, dass ich zum Arzt oder ins Krankenhaus musste.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.10. ...gab es nichts, was ich an meiner Familie ändern wollte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.11. ...schlugen mich Personen aus meiner Familie so stark, dass ich blaue Flecken oder Schrammen davontrug.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.12. ...wurde ich mit einem Gürtel, einem Stock, einem Riemen oder mit einem harten Gegenstand bestraft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.13. ...gaben meine Familienangehörigen auf einander Acht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.14. ...sagten Personen aus meiner Familie verletzende oder beleidigende Dinge zu mir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.15. Ich glaube, ich bin körperlich misshandelt worden, als ich aufwuchs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.16. ...hatte ich eine perfekte Kindheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.17. ...wurde ich so stark geschlagen oder verprügelt, dass es jemandem (z.B. Lehrer, Nachbar oder Arzt) auffiel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.18. ...hatte ich das Gefühl, es hasste mich jemand in meiner Familie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.19. ...fühlten sich meine Familienangehörigen einander nah.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Als ich aufwuchs...	Trifft auf mich zu...				
	Überhaupt nicht	Sehr selten	Einige Male	häufig	Sehr häufig
11.20....versuchte jemand, mich sexuell zu berühren oder mich dazu zu bringen, sie oder ihn sexuell zu berühren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.21....drohte mir jemand, mir weh zu tun oder Lügen über mich zu erzählen, wenn ich keine sexuellen Handlungen mit ihm oder ihr ausführen würde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.22....hatte ich die beste Familie der Welt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.23....versuchte jemand, mich dazu zu bringen, sexuelle Dinge zu tun oder bei sexuellen Dingen zuzusehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.24....belästigte mich jemand sexuell.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.25.Ich glaube, ich bin emotional (gefühlsmäßig) missbraucht worden, als ich aufwuchs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.26....gab es jemanden, der mich zum Arzt brachte, wenn ich es brauchte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.27.Ich glaube, ich bin sexuell missbraucht worden, als ich aufwuchs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.28....war meine Familie mir eine Quelle der Unterstützung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SDQ (strengths and difficulties Questionnaire)

12. Nun geht es um Ihre Stärken und Schwächen. Überlegen Sie bitte bei der Antwort, wie es Ihnen im letzten halben Jahr ging.

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
12.1. Ich versuche, nett zu anderen Menschen zu sein, ihre Gefühle sind mir wichtig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.2. Ich bin oft unruhig; ich kann nicht lange stillsitzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.3. Ich habe häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen; mir wird oft schlecht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.4. Ich teile normalerweise mit Anderen (z.B. Essen, Spiele, Stifte).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.5. Ich werde leicht wütend; ich verliere oft meine Beherrschung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.6. Ich bin meistens für mich allein; ich beschäftige mich lieber mit mir selbst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.7. Normalerweise tue ich, was man mir sagt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.8. Ich mache mir häufig Sorgen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.9. Ich bin hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder traurig sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.10. Ich bin dauernd in Bewegung und zappelig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.11. Ich habe einen oder mehrere gute Freunde oder Freundinnen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.12. Ich schlage mich häufig; ich kann Andere zwingen zu tun, was ich will.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.13. Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen; ich muss häufig weinen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.14. Im Allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.15. Ich lasse mich leicht ablenken; ich finde es schwer, mich zu konzentrieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.16. Neue Situationen machen mich nervös; ich verliere leicht das Selbstvertrauen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.17. Ich bin nett zu jüngeren Kindern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.18. Andere behaupten oft, dass ich lüge oder mogele.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.19. Ich werde von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.20. Ich helfe anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder Gleichaltrigen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.21. Ich denke nach, bevor ich handele.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.22. Ich nehme Dinge, die mir nicht gehören (von zu Hause, in der Schule oder anderswo).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.23. Ich komme besser mit Erwachsenen aus als mit Gleichaltrigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.24. Ich habe viele Ängste; ich fürchte mich leicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.25. Was ich angefangen habe, mache ich zu Ende; ich kann mich lange genug konzentrieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anhang B: Informationsschreiben für Patienten



Informationsschreiben zur Studie
„Psychosoziale Belastungsfaktoren bei Jugendlichen“

Kleiner Patientenaufkleber

Liebe PatientInnen der Jugendstationen,

herzlich Willkommen in der Schön Klinik Roseneck.

Zum Aufnahmeprozess aller Jugendlichen gehört ein Onlinefragebogen. In diesem bitten wir Sie um Informationen zu möglichen psychosozialen Belastungsfaktoren in Ihrem Leben. Sie leisten hiermit einen sehr wichtigen Beitrag, Sie und Ihre Krankheit besser zu verstehen und Therapieoptionen weiterzuentwickeln.

So wird der Onlinefragebogen ausgefüllt:

Am ersten Samstag nach Ihrer Aufnahme füllen Sie während der regulären cotherapeutischen Gruppe den Onlinefragebogen am Handy oder Laptop aus.

Der Link zum Fragebogen lautet:

<https://ww2.unipark.de/uc/Aufnahmefragebogen/>

Zur Online-Anonymisierung tragen Sie im Onlinefragebogen unter

„Allgemeiner Fragenteil zur Person und Wohnsituation,
1. Persönliche Angaben“

diese Teilnehmernummer ein:

Sie können während dem Ausfüllen eine kurze Pause machen, jedoch **bitte nicht die Internetseite schließen**, sonst muss es erneut von vorne ausgefüllt werden. Wenn Sie mit dem Ausfüllen fertig sind, zeigen Sie dem/r Cotherapeut/in die letzte Seite des Fragebogens mit dem Text:

„Danke für Ihre Teilnahme! Sie können diese Seite nun schließen.“

Vielen Dank!

Schön Klinik. Messbar. Spürbar. Besser.

Danksagung

Hiermit möchte ich mich herzlich bei allen bedanken, die mir während dem Verfassen vorliegender Doktorarbeit zur Seite gestanden sind.

Zunächst gilt mein Dank Herrn Prof. Dr. Ulrich Voderholzer, Frau Dr. Silke Naab und Frau Prof. Dr. Rebecca Schennach für die vertrauensvolle Überlassung des Themas sowie die konstruktive Betreuung. Der regelmäßige und wertvolle Austausch in jeder Phase dieser Promotion war mir stets eine große Hilfe.

Herrn Dr. Adrian Meule danke ich besonders für seine statistische Beratung und geduldige Unterstützung bei allen Fragen, die während der Auswertung aufgekommen sind. Seine zuverlässige Hilfsbereitschaft trug einen wesentlichen Teil zur Anfertigung dieser Arbeit bei.

Zudem spreche ich meinen Dank allen Mitarbeitern und Patienten der Schön Klinik Roseneck für die praktische Umsetzung der Studie aus.

Magdalena Achatz und Ramona Hort halfen mir aufmerksam bei der mühevollen Arbeit des Korrekturlesens. Auch ihnen danke ich an dieser Stelle aufrichtig.

Schließlich gilt mein innigster Dank meiner Familie, allen Verwandten, Freunden und Studienkollegen für ihre vielseitige Unterstützung durch motivierende Gespräche und die Kinderbetreuung. Dieser enorme Rückhalt hat als großer Teil zum Erfolg meines Studiums und meiner Doktorarbeit beigetragen. Insbesondere danke ich von ganzem Herzen meinem Ehemann und meinen beiden Kindern. Durch ihre uneingeschränkte Unterstützung, Liebe und Geduld ermutigten sie mich auch in anstrengenden Zeiten dem gesteckten Ziel weiter nachzugehen. Danke, dass ihr mir diesen Weg ermöglicht habt.

Affidavit



Eidesstattliche Versicherung

Eder, Gabriele Valerie
Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel:

Psychosoziale Belastungsfaktoren im Erkrankungsverlauf bei Jugendlichen mit psychischen Störungen

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Obertaufkirchen, den 05.10.2024

Ort, Datum

Eder, Gabriele Valerie

Name, Vorname Doktorandin

Literaturverzeichnis

1. Torma, J. *Rhetoriktipps für Manager in der Sandwich-Position. Rhetorik & Argumentationstraining mit Judith Torma*. 2012 [15.03.2023]; Available from: <https://rhetorikseminar.org/aristoteles-wir-konnen-den-wind-nicht-andern-aber-die-segel-anders-setzen/>.
2. Fröhlich-Gildhoff, K. and M. Rönna-Böse, *Resilienz*. 5 ed. 2019, München: Ernst Reinhardt.
3. Resch, F., *Entwicklungspsychopathologie im Kindes- und Jugendalter*, in *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*, J. Fegert, et al., Editors. 2021, Springer: Berlin. p. 1-13.
4. Bürger, A. and M. Kaess, *Universelle und selektive Prävention*, in *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. 2021. p. 1-18.
5. Bundes Psychotherapeuten Kammer. *BPTK-Faktenblatt „Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen“*. 2020 [18.02.2022]; Available from: <https://www.bptk.de/fast-20-prozent-erkranken-an-einer-psychischen-stoerung/>.
6. Steinhausen, H.-C., *Kapitel 2 - Definition, Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*, in *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*, H.-C. Steinhausen, Editor. 2019, Elsevier: München. p. 21-35.
7. Greiner, W., et al., *Kinder- und Jugendreport 2018: Baden-Württemberg Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg*. DAK-Gesundheit, 2019.
8. Polanczyk, G.V., et al., *Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents*. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2015. **56**(3): p. 345-365.
9. Barkmann, C. and M. Schulte-Markwort, *Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis*. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2012. **66**(3): p. 194-203.
10. Petermann, F., *Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter*. *Kindheit und Entwicklung*, 2005. **14**(1): p. 48-57.
11. Thornicroft, G., *Most people with mental illness are not treated*. *The Lancet*, 2007. **370**(9590): p. 807-808.
12. Klasen, F., et al., *Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 2017. **165**(5): p. 402-407.
13. Wang, P.S., et al., *Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. *Arch Gen Psychiatry*, 2005. **62**(6): p. 603-13.
14. Bock, A., et al., *Psychisches Strukturniveau im Jugendalter und der Zusammenhang mit späterer psychischer Erkrankung – eine Langzeitstudie*. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 2019. **47**(5): p. 400-410.
15. de Girolamo, G., et al., *Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles*. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2012. **21**(1): p. 47-57.

16. Lambert, M., et al., *Mental health of children, adolescents and young adults-part 1: prevalence, illness persistence, adversities, service use, treatment delay and consequences*. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 2013. **81**(11): p. 614-627.
17. Hölling, H., et al., *Psychopathological problems and psychosocial impairment in children and adolescents aged 3-17 years in the German population: prevalence and time trends at two measurement points (2003-2006 and 2009-2012): results of the KiGGS study: first follow-up (KiGGS Wave 1)*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2014. **57**(7): p. 807-819.
18. Hale, D.R., L. Bevilacqua, and R.M. Viner, *Adolescent Health and Adult Education and Employment: A Systematic Review*. Pediatrics, 2015. **136**(1): p. 128-140.
19. Gustavsson, A., et al., *Cost of disorders of the brain in Europe 2010*. European Neuropsychopharmacology, 2011. **21**(10): p. 718-779.
20. Steffen, A., et al., *Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017*. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2018.
21. Kölch, M. and J.M. Fegert, *Affektive Störungen: Major Depression, Manie und bipolare Störungen*, in *Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*, M. Kölch, M. Rassenhofer, and J.M. Fegert, Editors. 2020, Springer: Berlin. p. 231-261.
22. Barton, B., et al., *Die depressive Symptomatik muss „übersetzt“ werden*. DNP - Der Neurologe & Psychiater, 2017. **18**: p. 35-44.
23. Bromet, E., et al., *Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode*. BMC Medicine, 2011. **9**(90).
24. Hetrick, S.E., et al., *Early identification and intervention in depressive disorders: towards a clinical staging model*. Psychotherapy and Psychosomatics, 2008. **77**(5): p. 263-270.
25. Legenbauer, T. and M. Kölch, *Depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen*, in *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*, J. Fegert, et al., Editors. 2021, Springer: Berlin. p. 1-18.
26. Legenbauer, T. and K. Bühnen, *Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen*, in *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*, J. Fegert, et al., Editors. 2021, Springer: Berlin. p. 1-23.
27. Cohrdes, C., et al., *Symptoms of eating disorders in children and adolescents: frequencies and risk factors : Results from KiGGS Wave 2 and trends*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2019. **62**(10): p. 1195-1204.
28. Fumi, M., S. Naab, and U. Voderholzer, *Diagnostik und Therapie von Essstörungen*. gynäkologie + geburtshilfe, 2020. **25**: p. 27-34.
29. Voderholzer, U., *Zwangsstörung: Immer noch die heimliche Erkrankung?* Nervenarzt, 2011. **82**(3): p. 271-272.
30. Voderholzer, U. and F. Hohagen, *Zwangsstörungen (ICD-10 F4)*, in *Therapie psychischer Erkrankungen*, U. Voderholzer and F. Hohagen, Editors. 2019, Elsevier: München. p. 295-311.
31. Nestler, J. and L. Weninger, *Zwangsstörungen*, in *Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*, M. Kölch, M. Rassenhofer, and J. Fegert, Editors. 2020, Springer: Berlin. p. 85-108.

-
32. Müller, M., et al., *Wann wird der Zwang behandlungsbedürftig?* Pädiatrie, 2014. **26**: p. 99–106.
 33. Walitza, S., et al., *Genetics of early-onset obsessive-compulsive disorder*. European Child & Adolescent Psychiatry, 2010. **19**(3): p. 227-235.
 34. Kuhn, J., et al., *Deep brain stimulation for psychiatric disorders*. Deutsches Aerzteblatt International, 2010. **107**(7).
 35. Frost, R.O. and G. Steketee, *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment*. British Journal of Clinical Psychology, 2003. **42**: p. 217-220.
 36. Petermann, F. and F. Resch, *Entwicklungspsychopathologie*, in *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie*, F. Petermann, Editor. 2013, Hogrefe: Göttingen. p. 57-76.
 37. Engel, G., *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*. Science, 1977. **196**(4286): p. 129-136.
 38. Masten, A.S., *Resilienz in der Entwicklung: Wunder des Alltags*, in *Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer klinischen Entwicklungspsychologie.*, G. Rösler, C. v. Hagen, and G. Noam, Editors. 2001, Kohlhammer: Stuttgart. p. 192-219.
 39. Patel, V., et al., *Mental health of young people: a global public-health challenge*. Lancet, 2007. **369**(9569): p. 1302-1313.
 40. Naab, S., et al., *Psychosoziale Risikofaktoren für psychische Störungen im Jugendalter*. Pädiatrie, 2017. **29**: p. 24-32.
 41. Steinhausen, H.-C., *Kapitel 3 - Ätiologie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*, in *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*, H.-C. Steinhausen, Editor. 2019, Elsevier: München. p. 37-51.
 42. Kessler, R.C., et al., *Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys*. The British Journal of Psychiatry, 2010. **197**(5): p. 378-85.
 43. Bengel, J., R. Strittmatter, and H. Willmann, *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 1998.
 44. Antonovsky, A., *The structure and properties of the sense of coherence scale*. Social Science and Medicine, 1993. **36**: p. 725-733.
 45. Laucht, M., G. Esser, and M. Schmidt, *Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie*. Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 2000. **29**(4): p. 246-262.
 46. Kunkel, J., *Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen in stationärer Behandlung*. 2020, LMU München.
 47. Holtmann, M. and M. Schmidt, *Resilienz im Kindes- und Jugendalter*. Kindheit und Entwicklung, 2004. **13**(4): p. 195-200.
 48. Grych, J., M. Seid, and F. Fincham, *Assessing Marital Conflict from the Child's Perspective: The Children's Perception of Interparental Conflict Scale*. Child Development, 1992. **63**: p. 558-572.
 49. Wölfling, K., M.E. Beutel, and K.W. Müller, *OSV-S - Skala zum Onlinesuchtverhalten*, in *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie (Diagnostik für Klinik und Praxis)*, K. Geue, B. Strauß, and E. Brähler, Editors. 2016, Hogrefe: Göttingen. p. 362-366.

50. van den Eijnden, R.J.J.M., J.S. Lemmens, and P.M. Valkenburg, *The Social Media Disorder Scale*. Computers in Human Behavior, 2016. **61**: p. 478-487.
51. Finkelhor, D., et al., *The Juvenile Victimization Questionnaire: reliability, validity, and national norms*. Child Abuse & Neglect, 2005. **29**(4): p. 383-412.
52. Tynes, B.M., C.A. Rose, and D.R. Williams, *The development and validation of the online victimization scale for adolescents*. Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace, 2010. **4**(2).
53. Wiczerkowski, W., et al., *Angstfragebogen für Schüler : AFS*. 7 ed. 2016, Göttingen: Hogrefe.
54. Smith, B.W., et al., *The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back*. International Journal of Behavioral Medicine, 2008. **15**(3): p. 194-200.
55. Reitzle, M., C. Winkler Metzke, and H.-C. Steinhausen, *Eltern und Kinder: Der Zürcher Kurzfragebogen zum Erziehungsverhalten (ZKE)*. Diagnostica, 2001. **47**(4): p. 196-207.
56. Lampert, T. and M. Thamm, *Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS)*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2007. **50**: p. 600-608.
57. Müller, R., et al., *Veränderungen im Konsum legaler und illegaler Drogen bei Jugendlichen: Ergebnisse einer Trenduntersuchung bei 11- bis 16-jährigen Schülern unter Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO Europe)*. 1991: Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme SFA/ISPA.
58. Bernstein, D.P., et al., *Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire*. Child Abuse & Neglect, 2003. **27**(2): p. 169-190.
59. Goodman, R., H. Meltzer, and V. Bailey, *The strengths and difficulties questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version*. European Child & Adolescent Psychiatry, 1998. **7**(3): p. 125-130.
60. Michel, A., et al., *Folgen von Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter*. Monatsschrift Kinderheilkunde, 2014. **162**(12): p. 1090-1096.
61. Gödde, M. and S. Walper, *Elterliche Konflikte aus der Sicht von Kindern und Jugendlichen*. Diagnostica, 2001. **47**(1): p. 18-26.
62. Wild, E. and S. Walper, *Interagieren: Familie*, in *Pädagogische Psychologie*, E. Wild and J. Möller, Editors. 2020, Springer: Berlin. p. 237-268.
63. Haahr-Pedersen, I., et al., *Polyvictimization and psychopathology among children and adolescents: A systematic review of studies using the Juvenile Victimization Questionnaire*. Child Abuse & Neglect, 2020. **107**: p. 1 - 14.
64. Petermann, F. and U. Petermann, *Schulangst*. Monatsschrift Kinderheilkunde, 2010. **158**(4): p. 391-401.
65. Chmitorz, A., et al., *Population-based validation of a German version of the Brief Resilience Scale*. PLoS One, 2018. **13**(2): p. 1 - 14.
66. Azman, Ö., et al., *Associations between Parenting Style and Mental Health in Children and Adolescents Aged 11–17 Years: Results of the KiGGS Cohort Study (Second Follow-Up)*. Children, 2021. **8**(8).
67. Baumrind, D., *Current Patterns of Parental Authority*. Developmental Psychology Monograph, 1971. **4**(1): p. 1-130.

-
68. Amendola, S., *Burden of mental health and substance use disorders among Italian young people aged 10-24 years: results from the Global Burden of Disease 2019 Study*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2022. **57**(4): p. 683-694.
 69. Hall, W.D., et al., *Why young people's substance use matters for global health*. *The Lancet Psychiatry*, 2016. **3**(3): p. 265-279.
 70. Klinitzke, G., et al., *The German Version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): psychometric characteristics in a representative sample of the general population*. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 2012. **62**(2): p. 47-51.
 71. Bader, K., et al., *Childhood Trauma Questionnaire – Psychometrische Eigenschaften einer deutschsprachigen Version*. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 2009. **38**(4): p. 223-230.
 72. Lohbeck, A., et al., *Die deutsche Selbstbeurteilungsversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu-S)*. *Diagnostica*, 2015. **61**(4): p. 222-235.
 73. Hemmerich, W. *StatistikGuru: Cramer's V*. 2019 13.05.2022]; Available from: <https://statistikguru.de/lexikon/cramers-v.html>.
 74. Lenhard, W. and A. Lenhard. *Berechnung von Effektstärken*. 2016 13.05.2022]; Available from: <https://www.psychometrica.de/effektstaerke.html>.
 75. Hölling, H. and R. Schlack, *Psychosocial risk and protective factors for mental health in childhood and adolescence - results from The German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KIGGS)*. *Gesundheitswesen* 2008, 2008. **70**: p. 154-163.
 76. Schön Klinik Roseneck. *Aktuelles: Dr. Sophie Giessner leitet Schön Klinik Roseneck 2022* 17.08.2022]; Available from: <https://www.schoen-klinik.de/roseneck/pressebereich/pressemitteilung/10105>.
 77. Ravens-Sieberer, U., et al., *Mental health of children and adolescents in Germany. Results from the BELLA study within the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS)*. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 2007. **50**(5-6): p. 871-878.
 78. Ihle, W. and G. Esser, *Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede [Epidemiology of mental disorders in childhood and adolescence: Prevalence, course, comorbidity and gender differences]*. *Psychologische Rundschau*, 2002. **53**(4): p. 159–169.
 79. Hohm, E., et al., *Resilienz und Ressourcen im Verlauf der Entwicklung*. *Kindheit und Entwicklung*, 2017. **26**(4): p. 230-239.
 80. Lösel, F., T. Bliesener, and P. Köferl, *Psychische Gesundheit trotz Risikobelastung in der Kindheit: Untersuchungen zur „Invulnerabilität“*, in *Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen. Jahrbuch der medizinischen Psychologie*, I. Seiffge-Krenke, Editor. 1990, Springer: Berlin, Heidelberg. p. 103-123.
 81. Esser, G. and M.H. Schmidt, *Die Mannheimer Risikokinderstudie*. *Kindheit und Entwicklung*, 2017. **26**(4): p. 198-202.
 82. Werner, E.E., *Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study*. *Development and psychopathology*, 1993. **5**(4): p. 503-515.
 83. Job, A.-K., et al., *Resilience: A Longitudinal Study of Children with Risk Factors*. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 2020. **69**(8): p. 749-767.

84. Fritz, J., et al., *A Systematic Review of Amenable Resilience Factors That Moderate and/or Mediate the Relationship Between Childhood Adversity and Mental Health in Young People*. Front Psychiatry, 2018. **9**: p. 230.
85. Reiss, F., et al., *Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study*. PLoS One, 2019. **14**(3): p. 1-16.
86. Klipker, K., et al., *Mental health problems in children and adolescents in Germany. Results of the cross-sectional KiGGS Wave 2 study and trends*. Journal of Health Monitoring, 2018. **3**(3): p. 34-41.
87. Goodman, A., A. Heshmati, and I. Koupil, *Family history of education predicts eating disorders across multiple generations among 2 million Swedish males and females*. PLoS One, 2014. **9**(8).
88. Santos-Hövenner, C., et al., *The health status of children and adolescents with migration background in Germany : Results from KiGGS Wave 2*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2019. **62**(10): p. 1253-1262.
89. Mills, A.L., et al., *Interparental Conflict, Emotional Insecurity, and Parent-Adolescent Communication*. Journal of Family Issues, 2020. **42**(10): p. 2377-2396.
90. van Eldik, W.M., et al., *The interparental relationship: Meta-analytic associations with children's maladjustment and responses to interparental conflict*. Psychological Bulletin, 2020. **146**(7): p. 553-594.
91. Warmuth, K.A., E.M. Cummings, and P.T. Davies, *Constructive and destructive interparental conflict, problematic parenting practices, and children's symptoms of psychopathology*. J Fam Psychol, 2020. **34**(3): p. 301-311.
92. Hosokawa, R. and T. Katsura, *Exposure to marital conflict: Gender differences in internalizing and externalizing problems among children*. PLoS One, 2019. **14**(9).
93. Schermerhorn, A.C., *Associations of child emotion recognition with interparental conflict and shy child temperament traits*. Journal of Social and Personal Relationships, 2018. **36**(4): p. 1343-1366.
94. Pendry, P., et al., *Child Presence During Psychologically Aggressive Interparental Conflict: Implications for Internalizing and Externalizing Behavior*. Family Relations, 2013. **62**(5): p. 755-767.
95. Lenz, A. and T. Köhler-Saretzki, *Bindung und Lebensqualität bei Kindern psychisch kranker Eltern*. Kontext, 2021. **52**(3): p. 258-275.
96. Roustit, C., et al., *Exploring mediating factors in the association between parental psychological distress and psychosocial maladjustment in adolescence*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2010. **19**(7): p. 597-604.
97. Ireland, M.J. and K.I. Pakenham, *Youth adjustment to parental illness or disability: the role of illness characteristics, caregiving, and attachment*. Psychology, health & medicine, 2010. **15**(6): p. 632-645.
98. Schulte-Körne, G., *Prävention psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Monatsschrift Kinderheilkunde, 2022. **170**(6): p. 530-538.
99. Weissman, M., et al., *Offspring of depressed parents : 20 years later*. The American journal of psychiatry, 2006. **163**(6): p. 1001-1008.

-
100. Lenz, A., *Editorial: Kinder psychisch kranker Eltern – Hilfebedarfe und Versorgungssituation der Familien*. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2016. **65**(4): p. 226-230.
 101. Wiegand-Greife, S., et al., *Lebensqualität von Kindern psychisch kranker Eltern*. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 2010. **58**(4): p. 315-322.
 102. Witt, A., et al., *The Prevalence and Consequences of Adverse Childhood Experiences in the German Population*. Deutsches Ärzteblatt international, 2019. **116**(38): p. 635-642.
 103. *Fatale Duos – Depression verkürzt die Lebenserwartung – nach Herzinfarkt und bei Krebspatienten*. Notfall & Hausarztmedizin, 2009. **35**(11): p. 518.
 104. Perloff, R.M., *Social Media Effects on Young Women's Body Image Concerns: Theoretical Perspectives and an Agenda for Research*. Sex Roles, 2014. **71**(11-12): p. 363-377.
 105. DAK-Gesundheit. *WhatsApp, Instagram und Co. – so süchtig macht Social Media. DAK-Studie: Befragung von Kindern und Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren*. 2017 03.05.2022]; Available from: https://www.dak.de/dak/bundesthemen/onlinesucht-studie-2106298.html#.
 106. Müller, K., et al., *Suchtartige Internetnutzung als komorbide Störung im jugendpsychiatrischen Setting: Prävalenz und psychopathologische Symptombelastung*. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2012. **40**(5): p. 331 - 339.
 107. Müller, K., *Warum verlieren manche Nutzer die Kontrolle? Risikofaktoren und Störungsmodelle der Internetsucht*. Internetsucht - Wie man sie erkennt und was man dagegen tun kann. 2017, Wiesbaden: Springer. 25-33.
 108. Lemmens, J.S., P.M. Valkenburg, and J. Peter, *Psychosocial causes and consequences of pathological gaming*. Computers in Human Behavior, 2011. **27**(1): p. 144-152.
 109. Carli, V., et al., *The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: a systematic review*. Psychopathology, 2013. **46**(1): p. 1-13.
 110. Müller, K., et al., *Regular gaming behavior and internet gaming disorder in European adolescents: results from a cross-national representative survey of prevalence, predictors, and psychopathological correlates*. European Child & Adolescent Psychiatry, 2015. **24**(5): p. 565-574.
 111. Möhle, T. and J. Föcker, *Der Einfluss der Medien auf die kindliche und jugendliche Psyche*, in *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*, J.M. Fegert, et al., Editors. 2021, Springer: Berlin. p. 1-11.
 112. Grund, J. and W. Schulz, *Der Einfluss von frühkindlichem Medienkonsum auf die Mediennutzung und psychische Auffälligkeiten im Jugendalter*. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2017. **66**(8): p. 558-575.
 113. Kaess, M. and V. Jantzer, *Mobbing als Risikofaktor im Kindes- und Jugendalter*, in *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*, J. Fegert, et al., Editors. 2021, Springer: Berlin. p. 1-20.
 114. Jantzer, V., et al., *Opfer von Bullying in der Schule*. Kindheit und Entwicklung, 2012. **21**(1): p. 40-46.
 115. Brown, R., et al., *Zusammenhang von Mobbing, internalisierenden Verhaltensproblemen und Inanspruchnahme von psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung in der deutschen Allgemeinbevölkerung*. Nervenheilkunde, 2019. **38**(1): p. 10 - 16.

116. Cassidy, W., K. Brown, and M. Jackson, "*Making Kind Cool*": *Parents' Suggestions for Preventing Cyber Bullying and Fostering Cyber Kindness*. *Journal of Educational Computing Research*, 2012. **46**(4): p. 415-436.
117. Hinduja, S. and J.W. Patchin, *Bullying, cyberbullying, and suicide*. *Archives of suicide research*, 2010. **14**(3): p. 206-221.
118. Bilz, L., *Die Bedeutung des Klassenklimas für internalisierende Auffälligkeiten von 11- bis 15-Jährigen*. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 2013. **60**(4): p. 282-294
119. Wang, M.-T. and J.L. Degol, *School Climate: a Review of the Construct, Measurement, and Impact on Student Outcomes*. *Educational Psychology Review*, 2016. **28**(2): p. 315-352.
120. Tayfur, S.N., et al., *Adolescent psychosocial factors and participation in education and employment in young adulthood: A systematic review and meta-analyses*. *Educational Research Review*, 2021. **34**: p. 1-20.
121. Quiroga, C.V., et al., *Grade Retention and Seventh-Grade Depression Symptoms in the Course of School Dropout among High-Risk Adolescents*. *Psychology*, 2012. **03**(09): p. 749-755.
122. Hanisch, C. and H. Thomas, *Die Rolle der Schule in der kindlichen und jugendlichen Entwicklung*, in *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*, J. Fegert, et al., Editors. 2021, Springer: Berlin. p. 1-10.
123. Hillenbrand, C., *Psychische Gesundheit als Auftrag der Schule - Perspektiven der Schule für Kranke im inklusiven Bildungssystem*, in *Pädagogik bei Krankheit konkret: Beiträge zur Praxis des Unterrichts an Schulen für Kranke*, H. Frey and A. Wertgen, Editors. 2012, Pabst Science Publishers: Lengerich. p. 23-37.
124. Ravens-Sieberer, U., et al., *Mental health and psychological burden of children and adolescents during the first wave of the COVID-19 pandemic-results of the COPSYS study*. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 2021. **64**(12): p. 1512-1521.
125. Karpinski, N., et al., *Leisure activities, resilience and mental stress in adolescents*. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 2017. **45**(1): p. 42-48.
126. Mesman, E., A. Vreeker, and M. Hillegers, *Resilience and mental health in children and adolescents: an update of the recent literature and future directions*. *Current Opinion in Psychiatry*, 2021. **34**(6): p. 586-592.
127. Schulz, W., J. Vormberg, and K. Hahlweg, *How do Adolescents see their Parents? Prevalences, Predictors and Relationships in Longitudinal and Cross-Section Research*. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 2021. **70**(3): p. 198-216.
128. Baumrind, D., *Patterns of Parental Authority and Adolescent Autonomy*. *New directions for child and adolescent development*, 2005. **2005**(108): p. 61-69.
129. Steinberg, L., *We Know Some Things: Parent-Adolescent Relationships in Retrospect and Prospect*. *Journal of research on adolescence*, 2001. **11**(1): p. 1-19.
130. Seiffge-Krenke, I. and F.J. Escher, *Was ist noch „normal“? Mütterliches Erziehungsverhalten als Puffer und Risikofaktor für das Auftreten von psychischen Störungen und Identitätsdiffusion*. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 2018. **64**(2): p. 128-143.
131. Frobel, W., et al., *Substance use in childhood and adolescence and its associations with quality of life and behavioral strengths and difficulties*. *BMC Public Health*, 2022. **22**(1).

-
132. Robert Koch-Institut, *KiGGS Welle 2 - Erste Ergebnisse aus Querschnitt- und Kohortenanalysen*. Journal of Health Monitoring, 2018(3(1)): p. 1-151.
 133. Schepker, R., *Substanzgebundener Missbrauch und Abhängigkeit im Kindes- und Jugendalter*, in *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*, J. Fegert, et al., Editors. 2021, Springer: Berlin. p. 1-23.
 134. Werse, B., et al., *MoSyD Jahresbericht 2014 - Drogentrends in Frankfurt am Main*. Frankfurt a. M.: Centre for Drug Research, 2015.
 135. Schlack, R. and F. Petermann, *Suchtprävention – wovon und wie? Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis*, 2014. **59**(3): p. 93-99.
 136. Orth, B. and C. Merkel, *The decline of cigarette smoking among adolescents and young adults in Germany and the rising relevance of waterpipes, e-cigarettes and e-hookahs*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2018. **61**(11): p. 1377-1387.
 137. Kuntz, B., et al., *Trends in educational inequalities in smoking among adolescents in Germany : Evidence from four population-based studies*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2018. **61**(1): p. 7-19.
 138. Orth, B. and C. Merkel, *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015*. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2016.
 139. Hohm, E., D. Blomeyer, and M. Laucht, *Pubertätsstadium bei Konsumbeginn als Risikofaktor für späteren problematischen Alkoholkonsum: Elterliches Erziehungsverhalten als Schutzfaktor?* Sucht, 2015. **61**(4): p. 203-212.
 140. Witt, A., et al., *Kindesmisshandlung und deren Langzeitfolgen – Analyse einer repräsentativen deutschen Stichprobe*. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 2019. **67**(2): p. 100-111.
 141. Witt, A., et al., *Child maltreatment in Germany: prevalence rates in the general population*. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2017. **11**: p. 1-9.
 142. Chen, L.P., et al., *Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis*. Mayo Clinic Proceedings, 2010. **85**(7): p. 618+.
 143. Witt, A., et al., *The Prevalence of Sexual Abuse in Institutions: Results From a Representative Population-Based Sample in Germany*. Sexual Abuse, 2019. **31**(6): p. 643-661.
 144. Ou, W., et al., *Association Between Childhood Maltreatment and Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder: A Meta-Analysis*. Front Psychiatry, 2020. **11**.
 145. Boger, S., et al., *Potential mediators of the association between childhood maltreatment and obsessive-compulsive disorder in adulthood*. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 2020. **27**: p. 100587.
 146. Cross, D., et al., *Neurobiological Development in the Context of Childhood Trauma*. Clinical psychology (New York, N.Y.), 2017. **24**(2): p. 111-124.
 147. Infurna, M.R., et al., *Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis*. Journal of affective disorders, 2016. **190**: p. 47-55.
 148. Petermann, F. and E. Brähler, *Spätfolgen von Kindheitstraumata*. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 2019. **67**(2): p. 77-80.

149. Afifi, T.O., et al., *Child maltreatment and eating disorders among men and women in adulthood: Results from a nationally representative United States sample*. The International journal of eating disorders, 2017. **50**(11): p. 1281-1296.
150. Beesdo-Baum, K. and H.-U. Wittchen, *Depressive Störungen: Major Depression und Persistierende Depressive Störung (Dysthymie)*, in *Klinische Psychologie & Psychotherapie*, J. Hoyer and S. Knappe, Editors. 2020, Springer: Berlin. p. 1027-1072.
151. Gharabaghi, K., *Diversity: Unterschiede als Chancen*, in *Resilienzförderung im Jugendalter*, C. Steinebach and K. Gharabaghi, Editors. 2013, Springer: Berlin Heidelberg. p. 135-145.